



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2017

**Ein schwieriger Spagat: warum die Psychiatrie einen offenen, kritischen
Diskurs über Autonomie und Zwang braucht und die Defensive keine Option
ist**

Hoff, Paul

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-137892>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Hoff, Paul (2017). Ein schwieriger Spagat: warum die Psychiatrie einen offenen, kritischen Diskurs über Autonomie und Zwang braucht und die Defensive keine Option ist. *Psyche im Fokus*:56-59.



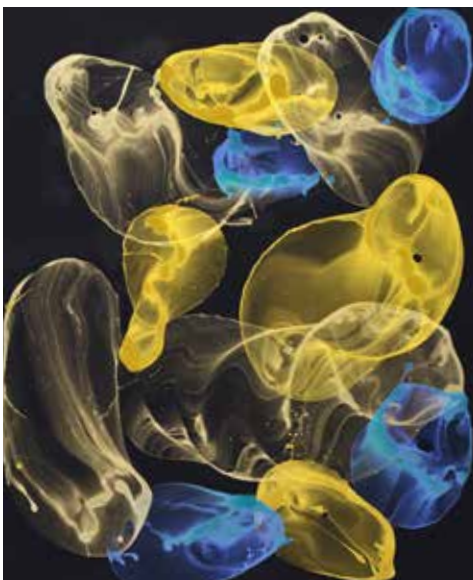
PSYCHE IM FOKUS

175 Jahre DGPPN | Sonderausgabe



INHALT

- 2** EDITORIAL
- 4** STIMMEN
- 8** REPORTAGE
Zwei Psychiater, eine Mission
- 20** INSIDE
Unter Dach und Fach
- 22** ZEITREISE
Was bisher geschah
- 26** UNTER VIER AUGEN
Wie sehen Sie das, Frau Schwan?
- 34** WISSEN
Zahlen, bitte
- 38** LEBEN
Aus dem Bunker
- 44** WISSENSCHAFT
Eine Menge im Kasten



Hereinspaziert!

Trommelwirbel und Trompetentusch: 175 Jahre DGPPN! Zum großen Jubiläum serviert Ihnen *Psyche im Fokus* 175 Geschichten rund um die psychische Gesundheit und die Menschen, die sich dafür stark machen – so wie die Teilnehmer des vergangenen DGPPN Kongresses, die bei der großen Foto-Aktion mitgemacht haben und jetzt im Heft zu sehen sind. Noch mehr Einblicke finden Sie auf: 175jahredgppn.de

- 45** WISSENSCHAFT
Die Zukunft hat bereits begonnen
- 48** GENERATION PSY
Hast du das Zeug zum Psychiater?
- 50** GENERATION PSY
17,5 unschlagbare Gründe
- 52** BIBLIOTHEK
Lesestoff
- 54** RÄTSEL
Gehirnjogging
- 56** ETHIK
Ein schwieriger Spagat
- 60** IMPRESSUM



Liebe Leserinnen und Leser,

was verbinden Sie eigentlich mit dem Fach Psychiatrie und Psychotherapie? Ich bin mir sicher, jeder von Ihnen hat eine andere Antwort und Assoziation. Das liegt zum einen daran, dass wir alle einen ganz eigenen Zugang haben. Vielleicht befassen Sie sich wie ich beruflich und ganz direkt mit Körper und Seele. Vielleicht haben Sie einen sehr persönlichen Bezug dazu, zum Beispiel durch einen Menschen mit einer psychischen Erkrankung in Ihrem unmittelbaren Umfeld. Und vielleicht fasziniert Sie auch einfach nur das Rätsel Mensch und alles, was seine seelische Gesundheit aus dem Lot bringen kann. Den zweiten Grund sehen Sie rechts in Form eines Wörterbucheintrags: So facettenreich wie Psychiatrie und Psychotherapie ist keine andere medizinische Disziplin.

Von Forschung und Versorgung über Weiterbildung und Aufklärung bis hin zu Teilhabe und Politik: Die DGPPN hat sich dem gesamten Themenkomplex verschrieben – und das seit 175 Jahren. Im Laufe der Zeit haben wir keinesfalls Staub angesetzt, sondern gestalten schon heute die Zukunft von Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Mit unseren Mitgliedern, 9000 Impulsgebern, Mittdenkern und Wegbegleitern, schreiben wir die Geschichte täglich weiter fort. Unser Jubiläum ist die ideale Gelegenheit, um kurz innezuhalten, zurückzublicken und vor allem vorauszuschauen.

Kommen Sie nun mit, auf eine vielfältige Reise durch mehr als 175 Facetten unseres Faches: Wie arbeitet es sich als junge Oberärztin in einer großen Versorgungsklinik, warum stellt eine Depression das Leben dermaßen auf den Kopf, welchen Bezug hat die politische Vordenkerin Gesine Schwan zu unserem Fach und wohin bewegt sich die Psychiatrie der Zukunft? Freuen Sie sich auf außergewöhnliche Ein- und Ausblicke. Und das Beste: Nach der Lektüre geht die Reise weiter! Schauen Sie unbedingt auf www.175jahredgppn.de vorbei und entdecken Sie weitere spannende Facetten.

Schön, dass Sie dabei sind!

Ihr Arno Deister – für den Vorstand der DGPPN



Präsident



fa|cet|ten|reich [fa'set̪̞ˌraɪç]


Bedeutung: mannigfaltig; vielfältig; mehrere, viele Teilaspekte umfassend;
vielschichtig; diffizil

#sprechstunde

Über psychische Erkrankungen wird noch zu oft geschwiegen. Dabei wäre es so wichtig, darüber zu sprechen. Jedes Gespräch stößt kleine Veränderungen an, die in der Summe ein großes Umdenken bewirken können.

„Die sprechende Medizin gewinnt mehr und mehr an Bedeutung. Das ist nicht zuletzt ein Verdienst der DGPPN, die sich nun schon seit 175 Jahren für die psychische Gesundheit der Bevölkerung einsetzt.“

Frank Ulrich Montgomery
Präsident der Bundesärztekammer




„Wir können nicht einfach einen Gipsverband anlegen.“

Stefan Röpke
Psychiater

„Der Seelenzustand eines Menschen lässt sich nicht daran ablesen, was er tut.“

Christina Berndt
Journalistin und Autorin



„Menschen mit psychischen Erkrankungen sind häufig die Seismographen in unserer gesellschaftlichen Mitte.“

Franziska Walser
Schauspielerinnen und Schirmherrinnen von BASTA

„Menschen mit psychischen Erkrankungen brauchen eine starke Lobby: Denn sonst drohen ihre spezifischen Bedürfnisse in der Politik und im Gesundheitswesen unterzugehen.“

Iris Hauth
Past President der DGPPN

„Allein nach Zahlen wird man nicht helfen
können, weil man allein nach Zahlen schlichtweg
den kranken Menschen nicht verstehen kann.“

Giovanni Maio
Medizinethiker

„Wir haben viele Anstrengungen unternommen, damit sich seelisch kranke Menschen auf eine gute Versorgung verlassen können, z.B. durch Mindestpersonalvorgaben. Die DGPPN war auch hierbei ein geschätzter Partner.“

Hermann Gröhe
Bundesgesundheitsminister

„Eine psychische Krankheit wirkt
wie eine Handgranate im Lebenslauf.“

Jana Simon
Autorin

„Es ist schwer
verständlich, warum
die Psychiatrie bei
der ersten Vergabe
der deutschen Gesundheitszentren nicht
bedacht wurde.“

Heyo K. Kroemer
Präsident des Medizinischen
Fakultätentages

„Kann man mit einer
bipolaren Störung
umgehen und ein
lebenswertes Leben
damit führen?
Die Antwort ist:
Ja, man kann!“

Martin Kolbe
Musiker, lebt mit einer bipolaren Störung

„Wir sollten
die Psychiatrie als
Beziehungs-
medizin verstehen.“

Thomas Fuchs
Psychiater und Philosoph

„Wir müssen mehr über die biologischen Auslöser einer Depression herausfinden – um ihre Ursachen bekämpfen zu können und nicht nur die Symptome.“

Elisabeth Binder
Direktorin am Max-Planck-Institut
für Psychiatrie in München

Für den Patienten ist entscheidend, dass er Zugang zu den für ihn und seine spezielle Erkrankung optimalen Therapien bekommt.“

Josef Hecken
Unparteiischer Vorsitzender des
Gemeinsamen Bundesausschusses

„Psychische Erkrankungen zeigen die Brüchigkeit unserer allzu oft als selbstverständlich genommenen Weltsicht – aber auch die Kraft und Kreativität vieler Betroffener bei der Verarbeitung ihrer Erlebnisse.“

Andreas Heinz
President Elect der DGPPN

„Mich fasziniert es, dass ich als Psychiaterin auf den ganzen Menschen eingehen kann.“

Lieselotte Mahler
Psychiaterin

„Mein Gehirn ist wie Kirmes eben – das ist die meiste Zeit unglaublich anstrengend und schwierig, aber es ist auch manchmal ein großes Geschenk.“

Kathrin Weßling
Journalistin, lebt mit ADHS

„Es ist eine lebenslange Aufgabe, achtsam zu sein, damit ich die Erkrankung steuern kann – und nicht sie mich.“

Katrin Zeddies
Therapeutin und Autorin, lebt mit der
Borderline-Persönlichkeitsstörung

„Depression bedeutet, nicht nur mit der dunklen Wolke im Kopf zu kämpfen, sondern auch mit dem Stigma. Es ist Zeit, dass wir alle offen darüber sprechen und den Schleier des Schweigens lüften.“

Victoria van Violence
Bloggerin und Alternativmodel

„Wir sollten die standespolitischen Perspektiven nicht über alles stellen.“

Dietrich Munz
Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

„Wenn ich mein Leben zu einer einzigen Überzeugung kondensieren sollte – ich wäre der festen Ansicht, dass man auch ernsten Dingen mit Humor begegnen kann. Sollte. Müsste. Denn daraus folgt Akzeptanz.“

Tobi Katze
Autor und Slampoet

„Die Politik muss in die Inklusion investieren – in gemeinsames Wohnen, Arbeiten und Leben – und ein Leben von Menschen mit und ohne Behinderungen ermöglichen. Nur so kann Ausgrenzung und Stigmatisierung vermieden werden.“

Verena Bentele
Beauftragte der Bundesregierung für die
Belange von Menschen mit Behinderungen

ZWEI PSYCHIATER, EINE MISSION



Sie arbeitet als Oberärztin in der Klinik, er ist Arzt mit eigener Praxis. Beide haben sie sich der psychischen Gesundheit verschrieben. Im Alltag von Dr. Sabine Prestele und Dr. Michael Krebs gibt es viele Parallelen – aber auch viele Unterschiede.



Die Beziehungsarbeiterin

Wahnvorstellungen und irreale Stimmen sind für Dr. Sabine Prestele nichts Ungewöhnliches. Denn als Oberärztin auf der psychiatrischen Akutstation des Alexianer St. Joseph-Krankenhauses in Berlin-Weißensee hat sie täglich mit Menschen zu tun, die unter schizophrenen Psychosen leiden. Wichtig ist ihr dabei die offene Kommunikation – der Aufbau von Vertrauen.

„Ich brauche eine Auszeit, etwas Zeit für mich. Der Druck ist zu groß geworden, der ständige Stress mit meinem Freund. Ich höre auch wieder Stimmen und habe wirklich Angst, meinen Job zu verlieren“, sagt Anne R. Die junge Frau ist groß und kräftig und wirkt dennoch sanft. Leise, fast zaghaft beantwortet sie die Fragen der Psychiaterin, die mit wachen Augen hinter einer modischen Brille in Schmetterlingsform vor ihr sitzt. Dr. Sabine Prestele arbeitet als Oberärztin im Alexianer St. Joseph-Krankenhaus in Berlin-Weißensee, der größten psychiatrischen Einrichtung der Hauptstadt. Die zierliche Ärztin wirkt wie das energetische Gegenstück ihrer Patientin. Schwarze Locken umtanzen ihr Gesicht, während sie ihre Fragen stellt, und sie lacht häufig und gern. Bei Unstimmigkeiten in der Erzählung ihres Gegenübers hakt Sabine Prestele verständnisvoll, aber bestimmt nach. Anne R. entspannt sich zusehends. Das Gespräch wird zu einem offenen Dialog, in den sich auch die anderen Personen am Tisch nach und nach einklinken: die Stationschwester, eine Psychologin, ein Assistenzarzt und der Anne R. betreuende Sozialarbeiter.

Es ist Dienstagvormittag – und wie in jeder Woche um diese Zeit findet in dem großen Raum auf Station 2 des St. Joseph, der mit seinen bunt bemalten Fenstern, dem Piano an der Wand und den Unterhaltungsvideos im Regal eher an eine Schule erinnert als an eine Klinik, die Oberarztvisite statt. Draußen auf den Gängen ist es ruhig. Die Mitarbeiter tragen keine weißen Kittel, sondern Alltagskleidung – ebenso wie die Patienten. Die Türen dieser „geschützten Station“ sind nach außen hin nicht versperrt. Ein Mitarbeiter kontrolliert allerdings, wer ein- und ausgeht. Denn einige der Patienten sind nicht auf eigenen Wunsch hier, sondern aufgrund eines richterlichen Beschlusses: weil sie sich oder andere verletzen könnten.

Eine Station, 26 Patienten, ganz viel Kommunikation

Die heimelige Atmosphäre auf der Station hat einen tieferen Sinn: Hier, auf der psychiatrischen Akutstation des St. Joseph, werden Menschen mit schizophrenen Psychosen behandelt – Menschen wie Anne R., die zeitweilig, in manchen Fällen jedoch chronisch, den Realitätsbezug verlieren. Sie gleiten dann in eine andere Wahrnehmung ab, in der sie Stimmen hören oder sich verfolgt fühlen.





„Körper und Seele spielen beim Menschen eng zusammen. Ich kann das eine nicht ohne das andere betrachten.“



Alltagskleidung statt weißer Kittel und entspannte Atmosphäre: Auf der psychiatrischen Akutstation des Alexianer St. Joseph-Krankenhauses werden Menschen mit schweren psychischen Störungen behandelt.

„Psychiatrische Arbeit ist in erster Linie Beziehungsarbeit. Es geht um den Aufbau von Vertrauen“, erläutert Sabine Prestele. Neben der Gesamtatmosphäre auf der Station sei es dabei ein ganz wesentlicher Aspekt der individuellen Gesundheit, dass man den Patienten als Arzt auf Augenhöhe begegne. „Natürlich gibt es Momente, wo ich klare Ansagen machen muss. Aber vor jedem ‚Sie müssen‘ liegt immer viel Empathie.“ Und Vertrauen, das kennt wohl ein jeder aus dem Alltag, basiert vor allem auf offener Kommunikation.

In der Psychiatrie am St. Joseph steht daher nicht nur das Team auf der Station in ständigem Austausch, auch die Kommunikation mit und unter den Patienten wird in regelmäßig stattfindenden Gruppen, durch vielfältige Therapie- und Sportangebote sowie durch dialogische Gespräche mit den Angehörigen gefördert. Ein Beispiel ist die Oberarztvisite, zu der immer auch Angehörige, vertraute Menschen und Personen aus dem ambulanten Netzwerk, wie beispielsweise Betreuer aus der Wohngemeinschaft, eingeladen sind. „Wir machen uns in der Oberarztvisite ein Bild vom Zustand eines jedes Patienten“, erklärt Sabine Prestele. Im Team werden das Befinden und der Behandlungsplan sämtlicher der rund 26 voll- und teilstationären Patienten besprochen, Erfahrungen ausgetauscht und Probleme offen diskutiert. Das kann schon mal mehrere Stunden dauern. Doch diese Zeit ist gut investiert, denn das enge Zusammenspiel von Ärzten, Therapeuten, Pflegekräften, und Sozialarbeitern auf der Station ist ein Schlüsselfaktor erfolgreicher Behandlung.

Stimmen flüstern aus Fernseher und Radio

Weiter geht's für Sabine Prestele zum nächsten Patienten, denn ihr Arbeitstag ist eng getaktet. Peter S. ist ein aufgeschlossener und sportlich wirkender junger Mann. Dass er an Schizophrenie erkrankt ist – Sabine Prestele bevorzugt den Ausdruck „eine psychotische Krise durchlebt“ – spürt man erst im Gespräch. Bereits seit seinem 16. Lebensjahr kämpft der heute 23-Jährige mit seinen Symptomen. Er beginnt zunächst verschiedene Ausbildungen, die er alle abbricht. Eine Tischlerlehre beendet er schließlich. Doch Stimmen sprechen zu ihm – aus dem Fernsehen und dem Radio. Sie flüstern ihm ein, das mit dem Mauerfall sei nur ein Experiment gewesen. Die Russen, die Amerikaner ... Er sei schließlich in Westberlin geboren, in Ostberlin aufgewachsen – ein klares Zeichen! Seine Bestimmung: Bundeskanzler werden.

Ins St. Joseph kommt Peter S. schließlich, „weil er sich selbst nicht mehr leiden kann“ und weil er sich selbst verletzt. Er kommt freiwillig, in Begleitung seiner Mutter. Jetzt – rund 30 Tage später – ist er froh, diesen Schritt getan zu haben. Und auch, dass er sich auf die Behandlung ernsthaft eingelassen hat. „Ich habe in Gesprächen und im Metakognitiven Training einiges über meine Symptome erfahren und lerne, wie ich mit ihnen umgehen kann. Ich grübele nicht mehr so viel und kann bereits wieder kleine Dinge des Lebens genießen.“ In ein paar Wochen, so hofft Peter S., könne er die Station bereits wieder verlassen.

Doch kann eine psychotische Störung wirklich dauerhaft geheilt werden? „Ja, das kann gelingen. Die psychotische Symptomatik kann abklingen und die Stimmen





können verstummen“, sagt Sabine Prestele als sie den Pavillon verlässt und energisch in Richtung ihres Büros schreitet – vorbei an der Akutstation für Patienten mit bipolaren Störungen und der Tagesklinik zum ehrwürdigen Haupthaus des St. Joseph. Hier, im dritten Stock des Ende des 19. Jahrhunderts errichteten Gebäudes, wartet am Ende eines mit rotbraunem Linoleum ausgelegten Flurs ein kleines Büro auf die Oberärztin. „Dazu muss man aber sagen, dass die leichter erkrankten Menschen üblicherweise bei uns in die ambulante Betreuung kommen. Nur die aktuell schwer Erkrankten werden stationär aufgenommen. Die Wahrscheinlichkeit, dass diese nach der Entlassung wieder erkranken, ist gegeben“, fügt Sabine Prestele hinzu. Zumal es zum Krankheitsbild schizophrener Psychosen gehöre, dass die Patienten sich nicht für krank halten und daher nach dem Klinikaufenthalt häufig ihre Medikamente nicht regelmäßig einnehmen.

Von der Ohrenärztin zur Zuhörärztin

Es ist 12:30 Uhr. Sabine Prestele nimmt auf der Couch in ihrem Büro Platz, über die sie eine schlichte weiße Decke drapiert hat. Auch der Rest der Einrichtung ist eher karg. Zweckgebunden. Auf dem Tisch liegen Fachzeitschriften: Zum Lunch gibt's ein paar Kekse, zum Mittagessen ist keine Zeit. Luxuriös ist das nicht. Mancher Allgemeinmediziner residiert komfortabler und hat sicherlich auch einen entspannteren Tag. Warum also der Schritt in die Psychiatrie?

Für Sabine Prestele war die Berufswahl vom Schicksal vorbestimmt. Der Weg in die Psychiatrie ergab sich bei ihr über einen Umweg wie von selbst. „Ich habe zunächst in Kiel Medizin studiert und mich dabei voll und ganz auf die Hals-, Nasen und Ohrenheilkunde fokussiert“, sagt die 41-jährige. Doch in der Praxis kam dann schnell die Ernüchterung. „Ich fing in einer HNO-Praxis in Berlin an. Dort habe ich viel operiert und merkte bald, dass mir das überhaupt nicht lag.“ Kurz entschlossen kündigte die junge Medizinerin und bewarb sich im St. Joseph für eine psychiatrische Ausbildung. Dass sie familiär gewissermaßen vorgeprägt war, beeinflusste ihre Entscheidung mit: „Meine Mutter ist Psychotherapeutin, mein Lieblingsonkel Psychoanalytiker und auch meine Oma war Psychiaterin.“ Sabine Prestele hatte Glück, wurde am St. Joseph angenommen und machte dort auch ihren Facharzt. Später arbeitete sie in der Klinik als Assistenzärztin. Seit Ende 2016 ist sie Oberärztin auf der Akutpsychiatrischen Station mit dem Behandlungsschwerpunkt Psychosen.

„Unglaublich, aber inzwischen bin ich bereits seit zwölf Jahren hier im Hause“, erinnert sich Sabine Prestele. Eine fundierte Ausbildung, ein langer Weg. Doch für die engagierte Psychiaterin hat sich jeder Schritt gelohnt. „Mich fasziniert insbesondere die ganzheitliche Betrachtung des Menschen an der Psychiatrie. Selbstverständlich betrachten wir auch die Blutwerte der Patienten, lassen MRT-Bilder vom Kopf machen und prüfen, ob die Organik nicht eine Ursache für die Entwicklung psychischer Symptome sein könnte. Körper und Seele spielen beim Menschen eben eng zusammen. Ich kann das eine nicht ohne das andere betrachten.“

Licht gern – das hilft ihr auch bei der Arbeit mit den Patienten: Dr. Sabine Prestele.

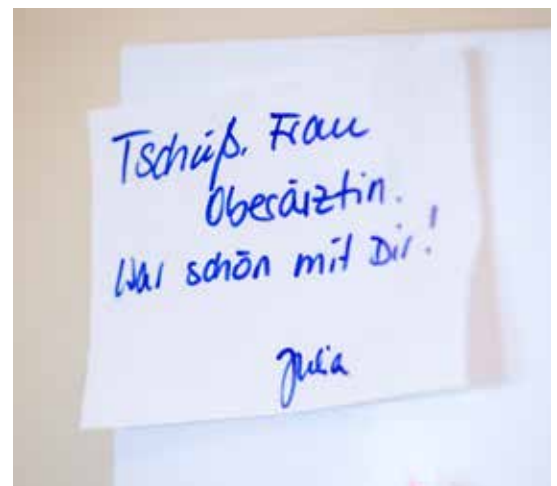
Außerdem sei der Beruf des Psychiaters unglaublich vielseitig. „Schließlich bringt jeder Patient seine eigene Biographie mit. Langweilig wird mir nie.“

Offenheit hilft im Konfliktfall

Natürlich hat auch ein Traumberuf seine Schattenseiten. Manchmal werden Patienten laut und aggressiv, und das kann dann auch für eine erfahrene Psychiaterin unangenehm werden. In solchen Fällen helfe die regelmäßige externe Supervision und auch der intensive Austausch mit den Kollegen. Wichtig sei aber auch Offenheit gegenüber den Patienten: „Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Patienten häufig sehr erstaunt reagieren, wenn ich ihnen sage, dass ich mich bedroht fühle, und dass dies deeskalierend wirkt.“

„Natürlich hat auch ein Traumberuf seine Schattenseiten.“

Sabine Prestele schaut auf die Uhr. Inzwischen ist es fast eins. Der nächste Termin wartet auf sie: ein trialogisches Gespräch mit einem Patienten und Angehörigen. Danach dann Oberarzt-Routine: Arztbriefe korrigieren, Schriftverkehr mit den Krankenkassen, Supervisionsgespräche mit den Assistenzärzten. Um 16:30 Uhr endet ihr Tag in der Klinik. Doch Feierabend hat Sabine Prestele damit noch lange nicht, denn für ihr Team ist sie rund um die Uhr erreichbar – bis dann am nächsten Morgen um kurz nach acht mit der Übergabe der Nacht- an die Frühschicht der nächste Arbeitstag startet. Doch trotz des fordernden Alltags – bereut hat die Ärztin ihre Entscheidung für die Psychiatrie nie. „Meist ist mein Beruf für mich unglaublich bereichernd. Es kommt sehr viel zu einem zurück“, sagt sie und fügt rasch noch hinzu: „Allerdings muss man als Psychiater auch bereit sein, viel zu geben.“ Beschwingt öffnet die Ärztin die Tür und verabschiedet sich mit einem fröhlichen Lachen.





Aufmerksames Zuhören und konzentriertes Nachhaken sind für Dr. Michael Krebs essenziell.

Der Problemlöser

Bis zu 50 Patienten am Tag. Und jeder hat ein anderes Problem. Der berufliche Alltag von Dr. Michael Krebs mag anstrengend sein, aber langweilig wird es dem niedergelassenen Psychiater nie. Aus der Abwechslung zieht er seine Motivation. Und vor allem auch daraus, seinen Patienten zu helfen.

„Liebe Patientinnen und Patienten. Bitte drücken, die Tür ist offen.“ Das weiße Schild an der Eingangstür zur Praxis von Dr. Michael Krebs in Berlin-Lichterfelde lädt zum Eintreten ein. Und das ist definitiv gewollt: „Ich bin für meine Patienten da, wenn Sie mich brauchen und nicht nur dann, wenn ich einen Termin freihabe“, erläutert Michael Krebs, der seit 2006 als niedergelassener Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie im Süden Berlins arbeitet. Eine der drei Säulen seiner Praxis ist daher die „Offene Sprechstunde“, die er viermal in der Woche jeweils von 8 bis 10 Uhr und dienstags und donnerstags zusätzlich von 16 bis 18 Uhr anbietet. „Zu diesen Zeiten kann jeder, der ein akutes Problem hat, ohne Voranmeldung in meine Praxis kommen. Überwiegend besuchen Bestandspatienten die Offene Sprechstunde, aber pro Woche kommen ungefähr fünf neue Patienten hinzu“, ergänzt er.

Zehn Schicksale bis zehn Uhr

Heute, am Donnerstagmorgen um 9 Uhr, ist es noch ruhig auf der Straße vor der hellgelb getünchten Villa. Die Vögel zwitschern, nur gelegentlich fährt ein Auto vorbei. In der Praxis herrscht allerdings bereits Hochbetrieb, das Wartezimmer ist voll. Michael Krebs sitzt in seinem Sprechzimmer hinter einem Schreibtisch aus lackiertem Kirschbaumholz, an den Wänden hängen Fotos von Naturlandschaften. Die berühmte Psychiatercouch gibt es hier nicht. Dafür aber einen schwarzen Freischwinger, in dem gerade die dritte Patientin an diesem Morgen Platz genommen hat. Erna B., eine Mittsechzigerin mit Kurzhaarschnitt, ist bereits seit vier Jahren bei Krebs in Behandlung. Ihr Problem: Depressionen. Und damit verbundene Schlafstörungen, die inzwischen wieder verstärkt auftreten. Aufmerksam fragt der Mediziner im Gespräch nach, forscht nach den Gründen. Im Dialog kristallisiert sich recht schnell heraus, dass die Patientin ihr Antidepressivum abgesetzt hat „aus Angst vor der Chemie“. Stattdessen hat sie Baldrian eingenommen, schlafen kann sie seither kaum noch. Und sie macht sich Sorgen, dass sie in diesem Zustand ihre Selbständigkeit nicht mehr gut ausüben kann. Michael Krebs nimmt diese Vorbehalte ernst und erklärt ihr nochmals die Wirkweise des Medikaments. Er rät der Patientin, das Antidepressivum wieder einzunehmen, verschreibt ihr aber vorerst eine niedrigere Dosis. Rund zehn Minuten dauert das Gespräch. Dann kommt der nächste Patient, ein neuer Fall.

Und so geht es weiter. Zehn Patienten besuchen allein an diesem Morgen die Offene Sprechstunde der Praxis. Danach – von 12 bis 16 Uhr sind Termin-Gespräche angesetzt. Und dann ist wieder Offene Sprechstunde. „An manchen Tagen kommen da schon mal 50 Patienten zusammen“, sagt Michael Krebs. An kurzen Tagen seien es um die 25. Bleibt einem da überhaupt ausreichend Zeit für jeden Einzelnen? „Das geht, wenn man sich konzentriert und hundertprozentig auf die Patienten fokussiert. Meine Gespräche eröffne ich grundsätzlich mit zwei zentralen Fragen: ‚Wie geht es Ihnen heute?‘ und ‚Was kann ich für Sie tun?‘. Damit lässt sich meist schnell erfassen, was der Patient akut benötigt. Reicht etwa eine therapeutische Kurzintervention, sollte ein Medikament verschrieben werden und braucht der Patient eine intensivere therapeutische Betreuung?“ Essenziell, so betont Michael Krebs, sei natürlich auch genau darauf zu hören und zu achten, was der Patient jeweils nicht sagt: etwa auf emotionale Untertöne, Gesten oder Gedankensprünge. Und hier kommt die Erfahrung ins Spiel. „Zeichnet sich im Gespräch ab, dass ein komplexerer Fall mit mehr Gesprächsbedarf vorliegt, etwa bei akuten Arbeitsplatzkonflikten, Beziehungs- oder Familienproblemen, vereinbare ich mit den Patienten einen längeren Gesprächstermin.“



Um sicherzustellen, dass die seelische Krankheit keine physische Ursache hat, werden zusätzlich Blutproben genommen und analysiert.



Viele Wege und ein Ziel

Ein- bis zweimal im Monat arbeitet Michael Krebs mit diesen Patienten dann „supportiv“ in Terminen, der zweiten Säule seiner Praxis. In diesen 20- bis 60-minütigen strukturierten therapeutischen Gesprächen geht es jeweils um die Lösung der akuten Krisensituation. „Ich nutze dabei neben meinem medizinischen Fachwissen klassische psychotherapeutische Elemente der Gesprächsführung, etwa aus der Gestalt- und Verhaltenstherapie.“ Zeigt sich im Gespräch, dass ein Patient eine längerfristige therapeutische Betreuung benötigt, etwa dass er psycho-, ergo- oder musiktherapeutisch weiterbehandelt werden sollte, vermittelt er ihn innerhalb seines engen Netzwerks von Kollegen weiter. Hochakute und sehr schwerwiegende Fälle überweist er in die Klinik. „Im Grunde betrachte ich mich als erste Anlaufstelle für Menschen mit seelischen Problemen“, erläutert Michael Krebs.



Inhaltlich begegnet der 44-Jährige in seiner Praxis dem gesamten Spektrum psychischer Erkrankungen. Rund die Hälfte seiner Patienten leiden unter Depressionen, dazu kommen Angsterkrankungen, Schizophrenien, bipolare Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen. „Die Herausforderung in meinem Job liegt darin, die richtige Diagnose zu stellen. Und dafür zu sorgen, dass der Patient sich wohlfühlt und die vorgeschlagene Therapie auch durchführt“, erläutert er. Entscheidend sei allerdings, dass er oder sie bereit sei, an sich zu arbeiten. „Ich bin weder Seelsorger, noch kann ich alleine Menschen vollständig heilen. Ich gebe Impulse und helfe den Patienten dabei, ihre psychische Erkrankung in den Griff zu bekommen. Zwischen Leidensdruck und einer Veränderungsmotivation liegt allerdings meist ein langer Weg.“

80 bis 90 Prozent der Patienten bleiben der Praxis Krebs treu – auch wenn sie bei Kollegen ergänzend therapeutisch behandelt werden. So wie Thomas L. Der Beamte kommt seit drei Jahren regelmäßig in die Praxis von Michael Krebs. Die ursprüngliche Diagnose: berufliches Burn-out. „Ich bin im Büro plötzlich umgekippt.

„Ich habe das Gefühl, dass die Patienten trotz ihrer teilweise schweren Erkrankungen gern zu mir in die Praxis kommen.“

Die Symptome waren ähnlich wie bei einem Schlaganfall“, erzählt der 56-Jährige. In die Praxis von Michael Krebs brachte ihn eine Recherche im Internet. Er fühlte sich dort sofort gut aufgehoben. „In jeder Sitzung spricht der Doktor mit mir über meine aktuelle Situation. Er hat Verständnis für meine Probleme, hört mir zu und gibt mir Verhaltenstipps. Er ist für mich zu einer wichtigen Vertrauensperson mit ärztlicher Schweigepflicht geworden.“ Hemmungen, gesteht Thomas L., habe er beim ersten Besuch allerdings schon gehabt: „Ich bin mehrmals um den Block gegangen und habe mich nicht getraut, in die Praxis zu gehen. Erst beim zweiten Anlauf habe ich es geschafft. Noch vor fünf Jahren hätte ich niemals gedacht, dass

ich mal beim Psychiater landen würde. Heute kann ich nur sagen: Es hat sich gelohnt. Ich habe wieder Lebensqualität.“

Von 8 bis 18 Uhr dauert ein Tag in der Praxis von Michael Krebs. Mittagspause? Gibt es für ihn nicht nach Plan. Eher so irgendwann und zwischendurch. Am Mittwoch und Freitag macht er außerdem konsiliarische Hausbesuche in Heimen und Pflege-WGs: die dritte Säule seiner Praxis. Und nach Feierabend trifft Michael Krebs sich regelmäßig mit Kollegen, denn er ist in verschiedenen Netzwerken ehrenamtlich tätig – etwa in der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB), deren Geschäftsführer er ist. Zwischendurch dann noch aufwändige Schreibtischarbeit: Krankenakten führen, mit den Krankenkassen abrechnen und alles was zum Praxismanagement gehört. So kommen schnell mal 50 bis 60 Wochenstunden zusammen. Wie motiviert man sich bei solch einem Arbeitspensum selbst? „Ich habe in meinem Job mit den unterschiedlichsten Leuten zu tun – aus allen gesellschaftlichen Schichten und Berufen. Das macht meine Tätigkeit so abwechslungsreich. Wichtigster Punkt ist aber: Ich habe das Gefühl, dass die Patienten trotz ihrer teilweise schweren Erkrankungen gern zu mir in die Praxis kommen, da sie sich gut betreut fühlen. Wenn ein Patient mich nicht mehr braucht, ist das für mich nach wie vor ein echter Erfolgsmoment.“

Mit Stammbaum zum Patientenstamm

Auch die Selbstbestimmtheit seiner Arbeit gibt ihm Kraft. 2006 übernahm der damals 34-Jährige die Praxis in Berlin-Lichterfelde von seinem Vater. Hinter sich hatte er zu diesem Zeitpunkt ein Studium der Humanmedizin an der Humboldt-Universität zu Berlin und Stationen in der Neurologie, als Assistenzarzt in der Psychiatrie des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge in Berlin-Lichtenberg sowie als wissenschaftlicher Mitarbeiter und später psychiatrischer Konsiliararzt an der Charité. Rund acht Jahre in der Klinik – doch die Entscheidung für die Selbstständigkeit fiel trotzdem recht schnell. „Ich habe ein paar Tage lang gründlich überlegt, aber dann habe ich mich ganz klar für die Praxis entschieden“, so Michael Krebs. Als Mediziner folgte er dabei einer familiären Tradition. Denn begründet wurde die Praxis in Berlin-Lichterfelde bereits 1949 von seinem Großvater, der dort zusammen mit der Großmutter als Nervenarzt arbeitete. „Nach dem Tode des Großvaters teilte sich die Praxis in zwei Teile. Eine führte meine Großmutter bis 1995 fort, die zweite begründete mein Vater.“ Wen wundert es da, dass auch Michael Krebs den familiär vorgezeichneten Weg ging. „Mir war von vornherein klar: Ich will Neurologe oder Psychiater werden“, sagt er. Mit der Praxis übernahm Michael Krebs auch den Patientenstamm seines Vaters. „Einige meiner Patienten sind seit mehr als



In therapeutischen Einzelgesprächen geht Michael Krebs akuten Lebenskrisen auf den Grund.



50 Jahren in der Praxis. Bis vor kurzem kam sogar noch eine über 90-jährige Dame, sie war bereits als 19-jährige Patientin wegen eines Kriegstraumas bei meinem Großvater.“

In der Freizeit ohne „Psychiaterbrille“

Es ist 18 Uhr. Der letzte Patient des Tages verabschiedet sich aus der Praxis. Michael Krebs schnürt seine Joggingschuhe und freut sich auf den Feierabend. Nach dem Tag in der Praxis gedanklich abzuschalten, so sagt er, sei für ihn kein Problem. „Wenn ich die Praxistür hinter mir zu mache, setze ich meine ‚Psychiaterbrille‘ komplett ab. Dann bin ich Privatmann und ganz für meine Familie da. Das ist sicherlich auch einer der Gründe, warum ich in der gesamten Zeit meiner Selbständigkeit bisher erst eineinhalb Tage krank war.“

Draußen vor der Tür zwitschern die Vögel noch immer. Nur der Verkehr auf der Straße ist reger geworden. Michael Krebs steigt in seinen Wagen. An diesem Abend lockt das Lauftraining im Grunewald.

Ernestine von der Osten-Sacken

arbeitet als Texterin und Journalistin in Berlin.



UNTER DACH UND FACH

Sie ist die Stimme der psychischen Gesundheit in Deutschland und eine der bundesweit größten medizinisch-wissenschaftlichen Vereinigungen: willkommen in der DGPPN!

Unter ihrem Dach bündelt sie die Kompetenz von 9000 Ärzten und Wissenschaftlern für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. Das gemeinsame Ziel: nachhaltige Qualitätsstandards im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie schaffen und damit die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verbessern.

Um dies zu erreichen, setzt sich die DGPPN auf vielen Ebenen dafür ein, dass die notwendigen Rahmenbedingungen stimmen. Das vielseitige Engagement lässt sich in Wissenschaftsförderung, Qualitätssicherung, Vernetzung, Fort- und Weiterbildung, Politikberatung und berufspolitische Vertretung, Öffentlichkeitsarbeit und Information sowie die Förderung des Nachwuchses clustern. Im Zentrum steht dabei die ganzheitliche Sicht auf den Menschen mit allen individuellen psychischen, körperlichen und sozialen Aspekten – ein Prinzip, auf das die DGPPN heute wie auch in Zukunft baut.

BIBLIOTHEK

Expertenwissen druckfrisch: Die Leitlinien und Publikationen der DGPPN sorgen für kontinuierlichen Wissenstransfer.

SEMINARRAUM

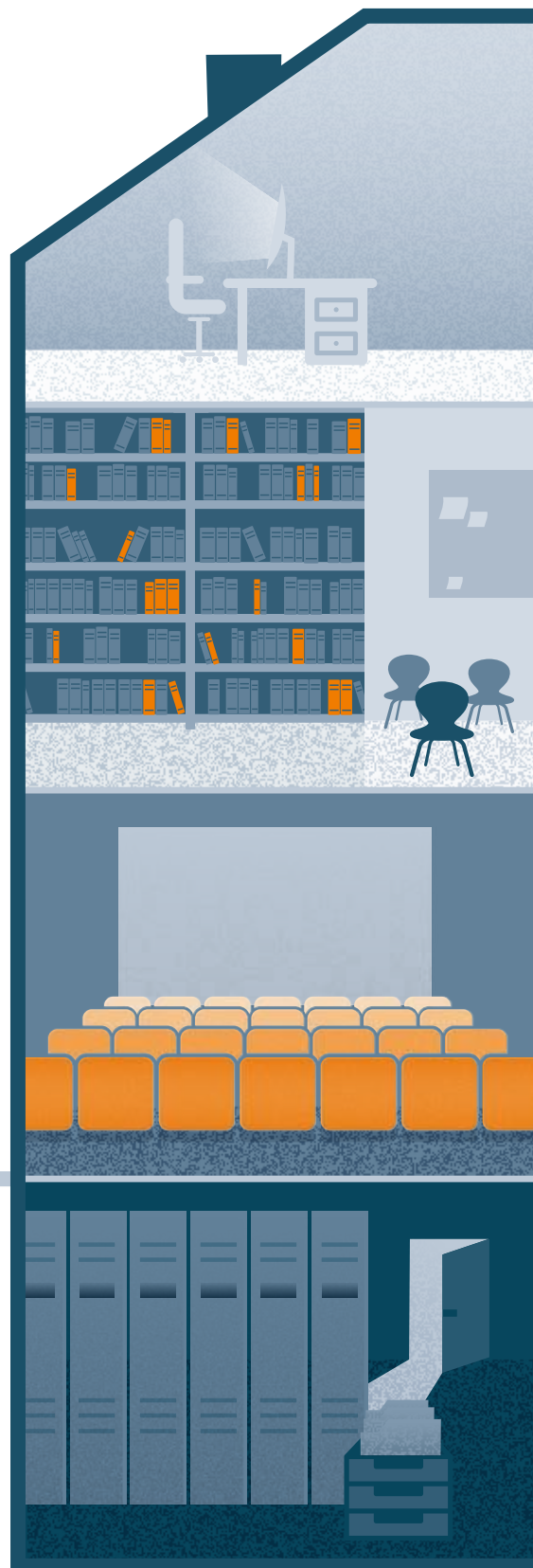
Wissensvorsprung: Die Fort- und Weiterbildungsangebote vermitteln praxisnahe Kenntnisse auf höchstem Niveau.

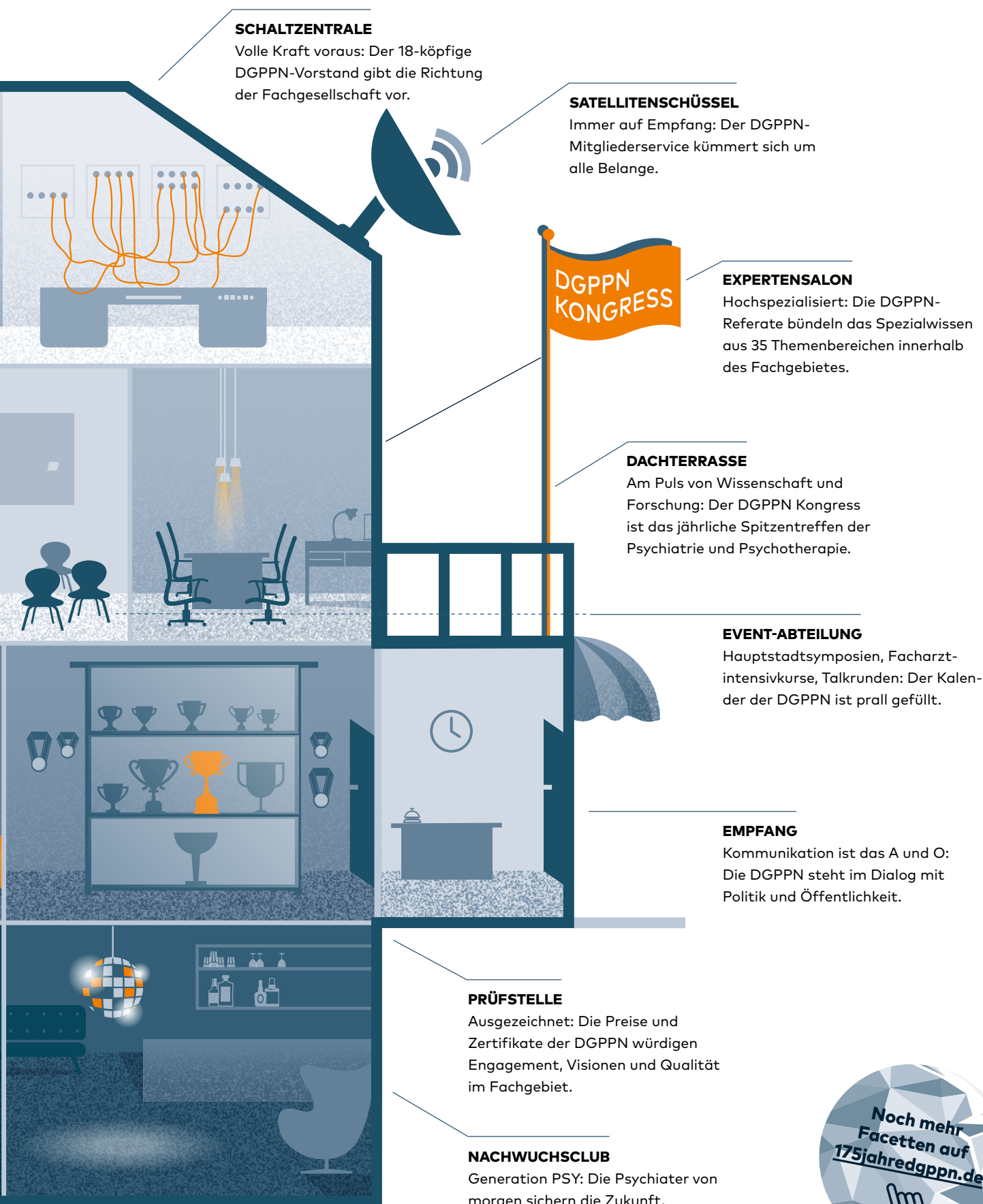
ARCHIV

Ohne geht's nicht: Die Mitglieder sind das Fundament der DGPPN.

STUDIERZIMMER

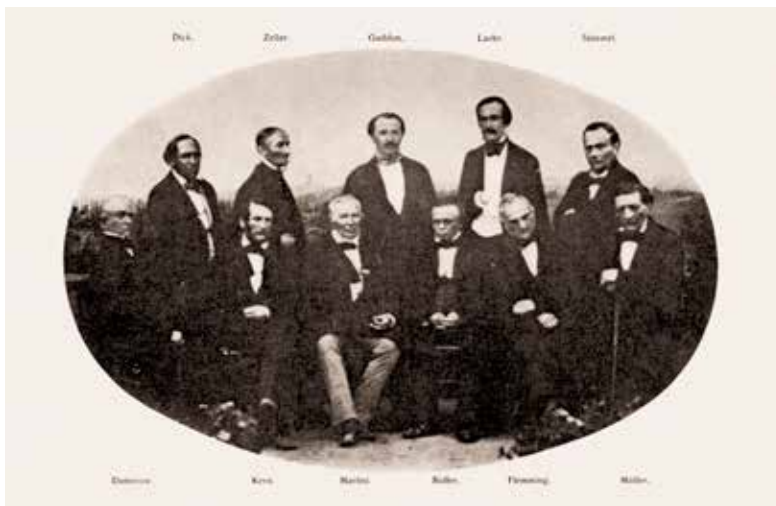
Zahlen und Fakten: Der Wissenschaftliche Dienst schafft die Grundlagen für fundierte Positionen.





Was bisher geschah

Mit ihren 175 Jahren gehört die DGPPN zu den ältesten medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland. Doch wie war das damals im Jahr 1842? Wie kam es zum Zusammenschluss? Und wer waren die Gründungsväter?



Gruppenbild aus dem Redaktionszirkel (1858)

Im Jahre 1841 schrieb ein ambitionierter deutscher *Irrenarzt* eine Denkschrift, ein *Pro Memoria*. Es war im „Vormärz“. Die ganze Welt wollte sich *emancipieren*: Das Bürgertum wünschte mehr Freiheit, die jüdische Bevölkerung strebte nach „bürgerlicher Verbesserung“ und die Frauen wollten politische Rechte erlangen. Doch wonach strebte Professor Heinrich Philipp August Damerow, Leiter der *Königlichen Irrenheilstalt zu Halle-Nietleben*, in diesen unruhigen Zeiten? Er gehörte zur aufstrebenden Schicht. Er war Arzt und protestantischer Professor. Er hatte einige

Jahre in der *Medicinalabteilung* des preußischen Kultusministeriums gearbeitet und sich die Protektion des Ministers Eichhorn gesichert.

Ein Fach emanzipiert sich

Der staatsnahe Anstaltsleiter Damerow (1798–1866) wünschte sich ebenfalls *Emancipation*: Er wollte das *Irrenwesen* endlich zu einem eigenständigen Fachgebiet entwickeln. Die von ihm betriebene medizinische Fachrichtung, die Psychiatrie, sollte sich von der Bevormundung durch Theologie und Philosophie lösen. Dazu war ein Austausch mit Kollegen dringend erforderlich. Die großen Anstalten, an denen Versorgung, Forschung und Lehre derzeit stattfanden, lagen jedoch weit voneinander entfernt. Damerows Hauptziel lag dementsprechend in der Gründung einer Zeitschrift für Psychiatrie, die auch von *Irrenärzten* geleitet werden sollte.

Mit seinen Kollegen Carl Friedrich Fleming (1799–1880), dem Leiter der Anstalt Sachsenberg in Schwerin, und Christian Friedrich Wilhelm Roller (1802–1872), dem Leiter der Anstalt Illenau in Baden, schloss sich Damerow schließlich im Jahr 1842 zusammen, um die Herausgabe einer psychiatrischen Zeitschrift vorzubereiten und sammelte ein Herausgebergremium von weiteren 69 Kollegen um sich. Dies war ein kluger Schritt, denn so konnten die drei Hauptherausgeber die meisten ihrer Kollegen zur Publikation in dieser Zeitschrift verpflichten. Der zur Vorbereitung der Fachzeitschrift gebildete lockere Zusammenschluss der 72 Personen zur *Gesellschaft von Deutschlands Irrenärzten* im Jahr 1842 gilt als Geburtsstunde der deutschen psychiatrischen Fachgesellschaft. Doch bis in die 1860er Jahre sollte dieser Redaktionszirkel ein informelles Gremium bleiben, dessen Ziel die Herausgabe einer gemeinsamen Zeitschrift darstellte. Die Gründung eines juristisch gültigen Vereins war zu diesem Zeitpunkt noch mit zu vielen politischen Schwierigkeiten verbunden.

Praktische Ausrichtung der Psychiatrie

Diese *Irrenärzte* waren vor allem Anstaltsärzte: Leiter von *Irrenanstalten*, von Heil- und Pflegeanstalten und von *Arbeitshäusern*. Sie gehörten einer Generation von Psychiatern an, die in den ersten vergleichsweise modernen deutschen Anstalten eine Wirkungsstätte gefunden hatten. Das frühere Verwahr- und Strafprinzip im Umgang mit sogenannten *Geisteskranken* war in der Auflösung begriffen und diese neuen Einrichtungen sollten nicht nur dem staatlichen Kontroll- und Ordnungsprinzip dienen, sondern auch dem be-

ginnenden Anspruch der bürgerlichen *Irrenreform* – die sich in Deutschland deutlich später durchgesetzt hatte als in England oder Frankreich – gerecht werden, die *Geisteskranken* heilen zu wollen.

Trotz staatlicher Protektion und dem Einbezug vieler Kollegen waren die Schwierigkeiten, genügend Beiträger für die geplante Zeitschrift zu finden, immer noch erheblich. Erst nachdem Damerow im Jahr 1844 mit seinem Rücktritt als Herausgeber drohte, konnte das erste Heft der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin* erscheinen. Ohne Theorie und Wissenschaft zu vernachlässigen, sollten sich die Autoren vor allem auf die praktische Anwendung der Psychiatrie konzentrieren. Damerow begründete diese Betonung der Praxis mit den Worten:

„Die Theorieen des Blutes, der Ganglien, Nervenfasern, der Leidenschaften, Sünde usw. reichen nicht aus, wenn es sich darum handelt, Seelenkranke in der Privatpraxis oder in öffentlichen Irrenanstalten zu heilen und zu pflegen, die Rechte der Irren, ihre Dispositions- und Zurechnungsfähigkeit festzusetzen und organische, administrative und gesetzliche Bestimmungen im Irrenwesen zu treffen.“

Die verschiedenen „Theorieen“ auf die Damerow hier anspielte, waren die der *Moralisten* bzw. *Psychiker* und der *Somatiker*, sie bildeten die wichtigsten Richtungen in der zeitgenössischen Kontroverse um die Ursache der *Geisteskrankheiten*. Während die *Moralisten* die Ursache in der individuellen (*sündhaften*) Lebensführung der Patienten sahen, vermuteten die *Somatiker* den Ursprung der Krankheit in körperlichen Störungen, betonten also den an den Naturwissenschaften orientierten Aspekt. Die meisten Autoren in der Zeitschrift verfolgten einen somatischen Ansatz, aber es bestanden immer auch Überschneidungen und Verschränkungen zu den *Moralisten*. Wie unterschiedlich die Krankheitsursachen auch noch begründet wurden, in einer Frage war sich der psychiatrische Redaktionsverein einig, sie wollten ein medizinisches Spezialfach repräsentieren und als Ärzte angesehen werden wie etwa die Kollegen aus der Inneren Medizin. Mit diesem Anspruch war der Grundstein der heutigen DGPPN gelegt.

Spiegelbild der Epoche

Die *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin* bildete also das Herzstück des noch lockeren Zusammenschlusses der Psychiater und war in vieler

Hinsicht ein Spiegelbild der Epoche. Sie war Symbol der naturwissenschaftlichen Aufklärung, des Aufstiegs der Wissenschaft und des erstarkenden Bürgertums. Das Themenspektrum der Zeitschriftenbeiträge war weit gefasst. Neben Artikeln, die sich der Krankheitslehre und der Behandlung des *Irreseins* widmeten, beschäftigten sich zahlreiche Beiträge mit praktischen Fragen der Anstaltsorganisation. Daneben wurden das internationale Schrifttum besprochen und „Personalnachrichten“ verbreitet. Die Redaktion wurde in Teilen vom preußischen Kultusministerium kontrolliert, das 40 Exemplare jeden Heftes abnahm und den Herausgebern Einblick in das statistische Material zum *Irrenwesen* in seinem Hause ermöglichte, unter der Voraussetzung, dass Damerow die Zeitschrift leite.

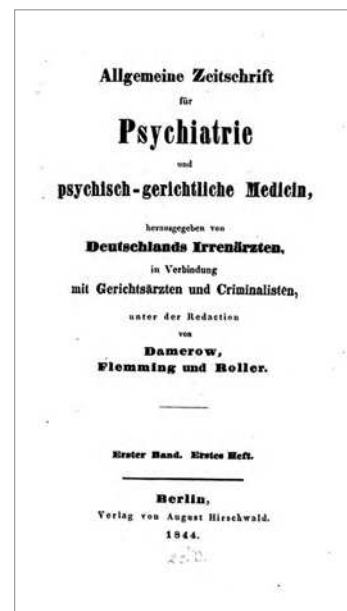
Ein ganz wesentliches Anliegen bestand in der einheitlichen Erhebung von Informationen und Datenmaterial. Schon im ersten Jahrgang wurde in der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin* eine Vorlage zur Sammlung von statistischen Daten zum Anstaltswesen veröffentlicht. Doch erst 1875 konnte zum ersten Mal ein statistischer Jahresbericht für ganz Preußen erstellt werden. Mit ihren vielfältigen Perspektiven gelang der Redaktion eine pragmatische Verbindung zwischen wissenschaftlichen, organisatorisch-praktischen und gesellschaftlichen Fragen. In den Jahren zwischen 1844 und 1862 konnte sich das Organ zur zentralen Publikation der deutschsprachigen Psychiatrie entwickeln. Im Jahr 1855 bestand der Herausgeber- und Mitarbeiterkreis bereits aus 101 Mitgliedern.

Die Gründung:

Der Deutsche Verein der Irrenärzte

Zu Beginn der 1860er Jahre, als Konkurrenzvereine und -zeitschriften die Exklusivität der *Allgemeinen Zeitschrift* und ihrer Redaktionsgesellschaft zunehmend bedrohten, wurde der Gedanke eines engeren organisatorischen Zusammenschlusses weiter verfolgt. Bis dahin hatte man sich im Rahmen einer *Psychiatrischen Section* der Versammlungen Deutscher Naturforscher und Ärzte getroffen und keine eigenen wissenschaftlichen Tagungen organisiert. Eigenständige psychiatriespezifische Belange diskutierten die Psychiater erstmals auf der selbständigen *Versammlung der deutschen Irrenärzte zu Eisenach* 1860. Die Erfahrung des dortigen Zusammentreffens ließ den Wunsch nach regelmäßigen psychiatrischen Konferenzen wachsen. Für einen engeren organisatorischen Zusammenschluss waren vor allem drei Themen handlungsleitend:

- Die Gesellschaft war nicht mehr zufrieden damit, sich in einer *Psychiatrischen Section* auf den Versammlungen der Deutschen Naturforscher zu treffen, da sie so nicht selbständig über die Verhandlungsgegenstände entscheiden konnte.
- Manche Psychiater wünschten zudem, wirkungsvoller die Forderung unterstützen zu können, nach der „an allen deutschen Universitäten Lehrstühle und Kliniken errichtet werden“ sollten, und „die Psychiatrie auch ein obligater Lehrgegenstand werde“.
- Das wichtigste Thema aber bildete die Frage einer *Irren-gesetzgebung*, die eine einheitliche gesetzliche Grundlage „in allen deutschen Staaten“ erhalten sollte. In einer Zeit, in der das Bürgertum den Wunsch nach mehr politischer Freiheit keinesfalls aufgegeben hatte, war die Frage nach einer einheitlichen gesetzlichen Gestaltung der Entmündigungs- und Einweisungsregelungen gerade bei geschlossenen Anstalten ein sensibles politisches Thema.



Titel des ersten Heftes der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin*

Gleichwohl war noch 1862 eine eindeutige organisationsrechtliche Vereinigung intern sehr umstritten: Heinrich Hoffmann (1809–1894) etwa wollte diesen Zusammenschluss, Carl Friedrich Fleming und Heinrich Laehr (1820–1905) wollten



Heinrich Hoffmann

ihn nicht. Das wichtigste Argument gegen eine Vereinsgründung bestand darin, dass an den Versammlungen dann nur noch feste Mitglieder teilnehmen könnten und kein öffentliches Publikum. In den nächsten beiden Jahren wurde das Für und Wider einer verbindlichen Vereinsgründung diskutiert und gegeneinander abgewogen.

Ein weiteres Motiv für eine ordentliche Vereinsgründung bildete die Möglichkeit, konkurrierenden Gesellschaften das Wasser abzugraben. Die Vorrangstellung des *Vereins deutscher Irrenärzte* als ein von der preußischen Regierung unterstütztes Unterfangen sollte befestigt werden. Die Psychiater waren insofern ihrer Zeit voraus: Während es nach den sogenannten Einigungskriegen erst im Jahr 1871 zur deutschen Reichsgründung kam, schlossen die Psychiater sich schon 1864 zur ordentlichen Konstituierung eines *Deutschen Vereins der Irrenärzte* unter dem Vorsitz von Carl Friedrich Fleming, dem Leiter der Schweriner Anstalt zusammen. Der Verein stellte allerdings eine sehr „großdeutsche“ wenn nicht sogar europäische Organisation dar, nicht nur österrei-

chische und schweizerische Ärzte wurden Mitglieder, sogar niederländische, baltische und schwedische Psychiater gehörten dazu. Nach dem Vereinsstatut von 1864 sollte der Verein ein geschlossener sein, nur promovierten *Irrenärzten* war die Mitgliedschaft gestattet. In den fünfköpfigen Vorstand sollten jedes Jahr zwei Mitglieder neu gewählt werden, während die zwei ältesten Vertreter daraufhin aus dem Vorstand austreten sollten. Der Hauptredakteur der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie stellte das fünfte ständige Vorstandsmitglied dar.*

Fortsetzung folgt

Wie ging es weiter mit der DGPPN? Setzen Sie die Zeitreise mit der neuen Publikation der DGPPN fort: 175 Jahre Forschung, Versorgung und Politik. Die Geschichte der DGPPN und ihrer Vorgängerorganisationen. Jetzt auf 175jahredgppn.de

Psychiater, Lyriker und Kinderbuchautor

Sein heute umstrittenes Kinderbuch *Struwwelpeter* wurde weltberühmt. Doch was viele nicht wissen: Der Autor Heinrich Hoffmann (1809–1894) hatte Medizin studiert und leitete ab 1851 die *Anstalt für Irre und Epileptische* in Frankfurt. Er gehörte dem Gründungszirkel des *Deutschen Vereins der Irrenärzte* an.

Silke Fehleemann, Heiner Fangerau und Frank Schneider

Silke Fehleemann ist Historikerin und wiss. Mitarbeiterin, Heiner Fangerau Professor und Lehrstuhlinhaber für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Sie sind beide an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf tätig. Frank Schneider ist DGPPN-Vorstandsmitglied und Direktor der Klinik für Psychiatrie der Uniklinik RWTH Aachen.

*Auszug aus der neuen DGPPN-Publikation (siehe „Fortsetzung folgt“)

Wie sehen Sie das, Frau Schwan?

Als politische Vordenkerin gestaltet sie den gesellschaftlichen Diskurs seit Jahren aktiv mit. Ihre Positionen und ihr Engagement liefern wertvolle Impulse.

Gesine Schwan scheut sich nicht, schwierige Themen anzuschneiden – auch wenn es persönlich wird. Mit **Arno Deister** spricht sie ganz offen über Werte, Normen und die menschliche Psyche.





Deister: Psychische Erkrankungen sind in Deutschland noch immer ein heikles Thema und werden unterschätzt. Für einen Bandscheibenvorfall hat jeder Verständnis – aber für eine Depression? Welchen Zugang haben Sie zum Thema?



„In unserer Wettbewerbskultur
ist es riskant, über seine
Schwächen zu sprechen.“

Gesine Schwan

Schwan: Zunächst einen sehr persönlichen. Zwei biografische Ereignisse haben meine Sicht auf die psychische Gesundheit stark geprägt: Zum einen war meine Mutter die letzten 30 Jahre ihres Lebens manisch-depressiv, ausgelöst durch eine sehr tiefgreifende Krebsoperation mit einschneidender Behandlung. Zum anderen habe ich mich nach dem Tod meines Mannes, der ebenfalls einer langjährigen Krebserkrankung erlegen ist, mehrere Jahre in eine Psychoanalyse begeben: Die Therapie hat bei mir viele emotionale und intellektuelle Prozesse in Gang gesetzt – und mir in dieser schwierigen Phase des Lebens Halt gegeben. Ich habe sie im Unterschied zu vielen anderen nie als Belastung empfunden.

Deister: Auch wenn sich hinsichtlich der gesellschaftlichen Akzeptanz in den letzten Jahren einiges getan hat, sind nur wenige Menschen bereit, über ihre psychischen Krisen zu sprechen. Für die Betroffenen macht es dieser Umstand noch schwerer, die eigene Krankheit zu akzeptieren und sich Hilfe zu suchen.

Schwan: Aus diesem Grund gehe ich sehr offen mit dem Thema um und hoffe, damit auch andere Menschen dazu zu ermutigen. Denn die Stigmatisierung – oder vielleicht noch mehr die Selbststigmatisierung – von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist sehr groß, und für viele ist es eine Entlastung, wenn man darüber spricht. Die vielen positiven Zuschriften haben mir gezeigt, dass dies die richtige Entscheidung war. Ich glaube, dass viel mehr Menschen unter psychischen Problemen leiden, als sie sich selbst eingestehen.

Deister: Für die Betroffenen ist es ein ganz wesentlicher Aspekt, dass sie ein Gefühl dafür bekommen, wie häufig psychische Belastungen wirklich sind und dass die allermeisten

Menschen zumindest psychische Krisen schon einmal erlebt haben. Diese Erkenntnis kann für sie ungemein tröstend sein. Einen veränderten Umgang auch mit psychischen Erkrankungen brachte die Generation der 68er – das war ja die Zeit der Psychiatrie-Enquete, aber auch der Anti-Psychiatrien. Damals hat sich viel in Gang gesetzt und man redete plötzlich ganz anders über Menschen mit psychischen Erkrankungen. Doch ich habe den Eindruck, dass die aktuellen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen es wieder schwerer machen, darüber zu sprechen.

Schwan: Das könnte an der Wettbewerbskultur liegen, in der wir seit 30 Jahren leben – mit ihrem sehr stark ökonomisch geprägten und effizienzorientierten Ansatz. In einer solchen Kultur ist es riskant, über seine Schwächen zu sprechen.

Deister: In einer solchen Gesellschaft fehlt auch die Solidarität miteinander und mit ihren schwächsten Mitgliedern, zu denen insbesondere auch die Menschen mit psychischen Erkrankungen zählen.

Schwan: Dass wir nicht für uns allein leben können, wissen wir aus vielen Weisheitsquellen und können wir auch aus der puren Selbstbeobachtung ableiten. Insofern sehe ich heute auch eine gesellschaftliche Gegenbewegung, die diese Werte wieder hochhält. Ich glaube, dass Solidarität, dieses Geben ohne Kalkül, für beide Seiten gut und sinnstiftend ist: für die, die diese Zuwendung erfahren, und für die, die sie schenken.

Deister: In der Vergangenheit wurde zu häufig alleine auf die Defizite von Menschen geschaut, also auf das, was nicht funktioniert. Aus meiner Sicht müssen wir uns noch mehr darauf fokussieren, was die Menschen im Innersten bewegt, über welche Ressourcen sie verfügen und welche Fähigkeiten sie besitzen. Dann bekommen solche Aspekte wie Freude am Geben, am sozialen und politischen Engagement einen ganz anderen Stellenwert.

Schwan: Auch die Defizitpädagogik, die wir in Deutschland gewohnt sind, geht von einer unreflektierten Normalitätsidee aus – zumindest ich kenne überhaupt kein „normales“ Kind. Und trotzdem haben die heutigen Eltern eine furchtbare Angst davor, dass sich ihr Kind nicht „normal“ entwickelt.

Deister: Aus dieser Angst spricht zum einen ein großer Konformitätsdruck, den gerade Menschen mit psychischen

Erkrankungen sehr zu spüren bekommen. Zum anderen drückt sich darin auch die Ohnmacht aus, nicht alles beeinflussen und kontrollieren zu können – und diese Einsicht ist ja gerade beim Heranwachsen der eigenen Kinder sehr präsent und zuweilen auch schmerzhaft. Angst ist sicherlich eines der zentralsten Gefühle des Menschen. Wir brauchen unsere Ängste, denn sie können uns schützen. Auf der anderen Seite können sie uns stark blockieren. Nun wird ja den Deutschen immer zugeschrieben, dass sie ein Volk von ängstlichen Menschen sind. Man spricht von der German Angst. Spielt Angst eine Rolle in den aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen?

Schwan: In unserer Wettbewerbskultur gibt es sehr viele Verlierer – und es ist einfach nicht schön, zu verlieren. Diese ökonomische Konzentration auf Leistung, auf Effizienz und Exzellenz kann sehr zerstörerisch sein. Sie geht von einem sehr negativen autoritären Menschenbild aus, das annimmt, dass Menschen nur dann etwas tun, wenn sie Angst haben oder unter Erfolgsdruck stehen.

Deister: Wird das Thema Angst aus Ihrer Sicht politisch instrumentalisiert? Gerade die neuen populistischen Bewegungen scheinen mit den Ängsten der Menschen zu spielen. Die Ängste werden scheinbar ernstgenommen und adressiert; letztendlich instrumentalisiert man sie aber in eine politisch



sehr unglückliche Richtung. Bei den Themen „Menschen auf der Flucht“ und „Menschen mit Migrationshintergrund“ steht die Angst vor Veränderung stark im Vordergrund.

Schwan: Dabei geht es nicht nur um die Herausforderungen durch Geflüchtete oder Menschen mit anderem kulturellen Hintergrund, sondern auch um die rasanten Veränderungen des gesamten Lebens- und Arbeitsmilieus durch Globalisierung und Digitalisierung. Der Druck auf dem Arbeitsmarkt und die Anforderungen an die Arbeitnehmer hinsichtlich Mobilität, Flexibilität und Erreichbarkeit steigen. Diese Entwicklungen bedeuten das Zerreißen von sozialen Zusammenhängen und bieten so viel Anlass für Angst.



Deister: Aber sich mit Veränderungen auseinandersetzen, heißt ja immer auch, sich selber zu verändern, und das ist eine hohe Hürde für viele Menschen.

Schwan: Es gehört eben eine Grundsicherheit dazu, dass man sich zutraut, sich erfolgreich verändern zu können, ohne seinen Halt zu verlieren. Diese Sicherheit können Eltern ihren Kindern vermitteln oder die Menschen im sozialen Umfeld, die einen bedingungslos stützen.

Deister: Es ist auch eine wichtige therapeutische Aufgabe, diese Sicherheit gemeinsam zu erarbeiten, um dann etwas gegen Ängste tun zu können.

Schwan: Ich sehe immer wieder Menschen – auch in der näheren Verwandtschaft und Familie –, die zunächst auf Anhieb ungemein selbstbewusst und sicher wirken, in Wirklichkeit völlig unsicher sind, weil sie sich nicht kritisch und mit Distanz betrachten können. Die richtige Mitte wäre aus meiner Sicht, grundsätzlich Ja zu sich zu sagen, dabei jedoch auch eine kritische Distanz beizubehalten – dieser Kompromiss fällt vielen offenbar schwer.

Deister: Aber manche Menschen – und das erleben wir eben immer wieder – können diese Mitte nicht haben, weil sie an einer ernsthaften psychischen Erkrankung leiden – Erkrankungen, die mit Realitätsveränderungen oder mit einer ganz anderen Bewertung von Gefühlen einhergehen. Diese Menschen laufen Gefahr, zum Opfer zu werden: von Diskriminierung, oftmals auch von Gewalt.

Schwan: Die ganze Definition von Krankheit ist ja so eine Sache. Bei Künstlern spricht man oft vom Ausschöpfen aller menschlichen Möglichkeiten und bei anderen Menschen von Krankheit. Das habe ich mich sehr oft bei meiner Mutter gefragt. Die war immer ein halbes Jahr manisch und ein halbes Jahr depressiv. Und immer eine Woche dazwischen war sie, wie mir schien, okay. Die Zustände verliefen stets fließend und etappenweise, mal so, mal so. Und man konnte gar nicht immer ganz genau sagen, ab wann es krankhaft war und wo es der Palette menschlicher Erfahrungen entsprach. Und ganz abgesehen davon, gibt es große interkulturelle Unterschiede in der Definition dessen, was normal und was krank ist.

Deister: Wir sind ja geneigt, Menschen vorschnell als krank zu bezeichnen, wenn sie ungewöhnlich sind oder wenn wir uns ihr Verhalten nicht erklären können. Dagegen sprechen

wir uns als DGPPN ganz grundsätzlich aus, denn die Gesellschaft läuft sonst Gefahr, Menschen mit der Diagnose, mit dem Stigma einer Krankheit auszusortieren.

Schwan: Der Normalitätsbegriff ist aus meiner Sicht unheimlich gefährlich, denn er gibt vor, analytisch oder indikativ zu sein, und ist dabei, wie der Name schon sagt, bloß normativ.

Deister: Weil er eine scheinbare Norm definiert, stellt sich die Frage: Gibt es diese Norm? Oder: Sollte es sie geben? Deshalb sprechen wir im Zusammenhang mit unserem Fach inzwischen von „psychosozialer Medizin“, weil hier die Frage, wie die Gesellschaft Normalität definiert, unauflösbar mit der Frage verbunden ist: Wie gehen wir eigentlich mit Menschen um, die scheinbar außerhalb dieser Norm stehen? Das hat vor etwa 100 Jahren schon Karl Jaspers – der eigentlich Psychiater und einer der ganz wesentlichen Urväter der Psychopathologie war – erkannt. Bei ihm ist die Frage, ob jemand krank ist oder nicht, sehr viel mehr durch einen gesellschaftlichen Blickwinkel definiert als durch medizinische oder andere Kriterien.

Schwan: Karl Jaspers habe ich sehr geschätzt. Mein erstes Seminar bei Wilhelm Weischedel, bei dem ich promoviert habe, war über Jaspers Werk „Der philosophische Glaube“. Ich habe Jaspers sehr gerne gelesen, insbesondere auch seine Kommunikationstheorie.

„Ist das eigentlich eine Hürde,
mit einem Psychiater so ein
Gespräch zu führen?“

Arno Deister

Deister: Es gibt einen schönen Satz, der ihm wahrscheinlich nur zugeschrieben wird, aber vermutlich hat er ihn so ähnlich gesagt: „Wer alles erklären kann, hat nichts verstanden.“ Diese Wechselwirkung zwischen Erklären und Verstehen ist doch in vielen Bereichen ein sehr wichtiges Thema. Jetzt eine ganz andere Frage, die ich gerne stelle, wenn ich nicht gerade mit Psychiatern rede: Ist das eigentlich eine Hürde, mit einem Psychiater so ein Gespräch zu führen?

Schwan: Für mich überhaupt nicht. Im Gegenteil. Eine Hürde ist es, mit einem Idioten auf dem Gebiet darüber ein Gespräch zu führen. (*lacht*)

Deister: Ich frage das natürlich auch deshalb, weil wir gerade im politischen Bereich viele spannende und sehr interessierte Menschen treffen. Manchmal bestehen aber durchaus Berührungspunkte im Kontakt mit Psychiatern.

Schwan: Manche Menschen haben vielleicht Angst: Angst davor, dass sie erkannt werden in manchen Punkten, oder davor, dass sie durchschaut werden. Manche spüren vielleicht, dass da verschiedene Dinge sind, die sie sich nicht vergegenwärtigen wollen, und die sie lieber im Dunkeln lassen wollen, und die befürchten dann, dass der medizinische Blick sie durchschaut. Oder aber auch die Angst davor, als krank diagnostiziert zu werden. Das kann ja auch in der Politik schwierig sein.

Deister: Die „sprechende Medizin“ hat es viel schwerer als die Apparatemedizin. Wenn Sie irgendwo den neuesten Apparat haben, und sei er noch so teuer, dann heißt es: „Das müssen wir uns leisten, das bringt uns weiter und das müssen wir bezahlen.“ Beim Gespräch miteinander – was ja so ein mächtiges Instrument sein kann – kämpfen wir um jeden Cent Honorar.

Schwan: Aber da steht ja auch viel mehr auf dem Spiel. Im Gespräch ist man letztlich, wenn es denn wirklich ein Gespräch ist, immer selbst involviert. Das ist ja auch mutiger von ärztlicher Seite, als so einen Röntgenapparat hin- und herzuschieben – dabei braucht man sich nicht zu entblößen. Und dann steht dahinter doch noch sehr stark ein mechanistisches, autoritäres Hebeldenken. Also, wir bedienen diesen Hebel, das ist in unserer Macht, das ist in unserer Kontrolle, das können wir einfach machen – ein Gesprächsverlauf ist nicht ohne Weiteres in unserer Macht.

Deister: So sind die Menschen zum Glück doch nicht, dass man da nur einen Hebel bedienen muss, um ein Ergebnis zu bekommen.

Schwan: Nein! Aber, letztendlich, je älter ich werde, desto mehr Vertrauen habe ich in die Natur des Menschen.



Gesine Schwan

ist Politikwissenschaftlerin und Mitglied der SPD. Sie ist Mitgründerin und Präsidentin der HUMBOLDT-VIADRINA Governance Platform. Seit Beginn ihrer Laufbahn publiziert sie regelmäßig zu aktuellen politischen und gesellschaftlichen Themen. 2002 erhielt Gesine Schwan das Große Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland, 2004 wurde sie mit dem Marion Dönhoff Preis für internationale Verständigung und Versöhnung ausgezeichnet.

Arno Deister

ist Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Neurologie. Er ist Chefarzt des Zentrums für Psychosoziale Medizin in Itzehoe. In seiner Laufbahn hat er über 180 wissenschaftliche Artikel und Bücher veröffentlicht. Arno Deister ist seit 2010 Mitglied im Vorstand und seit 2017 Präsident der DGPPN.

ZAHLEN, BITTE

Ganz viele oder nur wenige?
Überall oder nur vereinzelt?
Und was hat das mit Nordrhein-
Westfalen und Paris zu tun? Die
sprechende Medizin hat mehr
zu bieten als nur Worte. *Psyche
im Fokus* hat ganz genau nach-
gezählt – und die spannungs-
ten Zahlen aus der Welt der
Psychiatrie und Psychotherapie
zusammengestellt.

Daten und Fakten aus der Psychiatrie

Einmal Nordrhein-Westfalen:

17,8
Millionen

Erwachsene erkranken in
Deutschland jedes Jahr an
einer psychischen Störung.
Das sind genauso viele wie
NRW Einwohner hat.

Ja, ich will!

92,4%

aller Psychiater würden
sich wieder für den gleichen
Beruf entscheiden.

Weites Feld: Das offizielle
Diagnosemanual unterscheidet
über 150 unterschiedliche
psychische Erkrankungen.

Es gibt **6x**
mehr Autowerkstätten als
niedergelassene Psychiater.

Psychiater im Dienst:

13.462

Fachärzte sind in
Deutschland für die
psychische Gesundheit
im Einsatz.

Verlorenes Jahrzehnt:
Menschen mit
psychischen
Erkrankungen
haben eine um

10
Jahre
verringerte
Lebenserwartung.

*Auf exakt 2 Metern
über Normalnull befindet
sich die tiefste psychiatrische
Praxis in Deutschland. Sie
steht in Glückstadt.*

*Von gestern bis heute:
Das derzeit älteste
Mitglied der DGPPN
wurde 1917 geboren.*

Echtes Engagement: In den Gremien
der DGPPN arbeiten über
ehrenamtliche Experten.

2000

Kassensturz: Psychische
Erkrankungen verursachen

28.700.000.000 €

direkte Kosten pro Jahr –
und das nur in Deutschland.

Gut gereift: Nur
138 Psychiater sind
aktuell jünger als
35 Jahre, dafür sind
67% älter als
50 Jahre.

[90 %]
aller Suizide stehen
in Zusammenhang
mit psychischen
Erkrankungen.

Angst hat viele
Gesichter: Mindestens
110 unterschiedliche
Phobien sind
bekannt:
von der Agora- bis
zur Zoophobie.

34 Tage im Jahr: So lange fehlen Mitarbeiter
im Durchschnitt, wenn sie psychisch erkranken.

*In dieser Zeit würde man es zu Fuß
von Berlin nach Paris schaffen.*

Jedes Jahr zieht es rund
9tausend
Teilnehmer zum
DGPPN Kongress.



Bei Geflüchteten ist die
Rate für Posttraumatische
Belastungsstörungen um
das **10-Fache** erhöht.

5114
Einwohner
teilen sich einen
Psychiater.

1/4

Besorgniserregend: Nur
aller Menschen mit einer
schweren Depression erhält
die empfohlene Behandlung.

Folgeschwer:

20 bis 30 %

der individuellen
Krankheitslast gehen
auf Depressionen,
Angststörungen und
andere psychische
Krankheitsbilder zurück.

Zukunft ahoi:

Seit dem Start
von Generation PSY
haben sich

2x
so viele

Medizinstudierende
fürs Starterpaket der
DGPPN angemeldet
wie im Vorjahr.

25

**Psychiater dienen
als Sanitätsoffiziere
bei der Bundeswehr.**

Leider wahr:

30 % der
Bevölkerung möchte
einen Menschen mit
Schizophrenie nicht
als Nachbarn oder
Arbeitskollegen
haben.

42,7 %

*aller Frühberentungen
gehen auf eine psychische
Erkrankung zurück.*

Aus dem Bunker

Wie rutscht man in eine Depression? Das hat niemand in der Hand. Aber es gibt Mittel, um wieder herauszukommen. Doch das könnte leichter sein, wenn unser Bild der Krankheit rationaler würde.

Als ich meine erste Depression erlebte, mit Anfang zwanzig, Mitte der Achtzigerjahre in einer Kleinstadt, wusste ich nicht, was gerade mit mir passierte. Mir fehlte nicht nur der Vergleich mit ähnlichen Zuständen, sondern auch der Begriff. Die Diagnose Depression hätte ich vermutlich abgelehnt, allein schon wegen der Nähe zu Begriffen wie Psychiater, Psycho und Klapsmühle. Außerdem handelte es sich wie bei vielen erstmals Depressiven um eine leichte Form. Ich bekämpfte sie mit einer Selbstmedikation durch Alkohol. Eine Flasche Gin am Abend war durchaus drin, der oft mit einer gefühlten Nüchternheit endete – aus der Sicht eines Zweiundzwanzigjährigen mit knappen Finanzen also reine Geldverschwendung. Aus dieser Phase ist mir eine bis heute andauernde Abneigung gegen harten Sprit geblieben.

In der zweiten Episode mit Anfang dreißig konnte ich immerhin schon sagen, was geschah, ich konnte also eine Metapher finden, die immer noch ohne einen zentralen Begriff auskam. Stell dir vor, dass sich Libido, Appetit, das Interesse an anderen und das Interesse vor allem an deiner eigenen Person von dir zurückzieht wie Wasser bei Ebbe. Nicht du weichst zurück. Etwas fließt von dir weg. Ich beschreibe das deshalb, weil sich selbst intelligente, empathische Menschen Depression oft als eine gesteigerte Traurigkeit vorstellen, also die extrastarke Variante eines Gefühls, das jeder kennt. Bei einer Abendgesellschaft saß vor kurzem eine intelligente, empathische (und auch sehr sympathische) Frau neben mir, wir kamen auf Bücher zu sprechen, auch auf mein Buch, auf Depression und Psychopharmaka, und sie fragte, warum



man die Depressiven eigentlich mit Therapie und Tabletten behandeln muss. Dürften sie nicht einfach ungestört traurig sein?

Die Urangst, etwas eigentlich Unverlierbares einzubüßen

Damit hatte sie den Kern eines Missverständnisses berührt. Wer Traurigkeit empfindet, ist entweder nicht depressiv oder es geht für ihn schon wieder aufwärts.

Traurigkeit ist ein Affekt, der mit den anderen Affekten – Lust, Wut, Selbstliebe und anderen Ausstattungen eines Innenlebens – aus der depressiven Person herausfließt, bis eine eigenartige Hohlform bleibt, in der bei intaktem Bewusstsein alle Zähler auf Null springen. Wer keinen depressiven Zustand kennt, dem fällt die Vorstellung schwer, dass jemand sein Bild von sich verlieren könnte. Der Gedanke,

diesen eigentlich unverlierbaren Besitz einzubüßen, taucht in der Literatur immer als Urschrecken auf. Peter Schlemihl büßt seinen Schatten ein, Kay in Hans Christian Andersens *Schneekönigin* seine Liebenswürdigkeit, Timm Thaler in James Krüss' Roman sein Lachen.

Das Märchen von der Schneekönigin erzählt übrigens nur leicht verschleiert von einem depressiven Bewusstsein: Der Splitter des Zauberspiegels macht den Anblick der Welt hässlich („die schönsten Landschaften sahen aus wie gekochter Spinat“), alles, was den Jungen vorher mit der Welt verbunden hatte, friert ein. Es gibt nur wenige literarische Stellen, die diesen Zustand so genau treffen wie die Szene, in der Kay das Wort „Ewigkeit“ aus Eisplatten legen soll, um sich zu befreien, und es nicht schafft, weil er die Schrift nicht mehr erkennen kann. Sobald er dem inneren Erfrierungszustand durch die Rettungsaktion seiner Freundin entkommt, wechselt er wieder in seine eigene Person. Er versteht seine



Verwandlung in einen Eisklumpen nicht mehr, sie fällt sofort von ihm ab.

Das entspricht ziemlich genau dem Verlauf meiner letzten Depressionsphase. Mein Leidensdruck bewegte sich zwar noch nicht auf der Ebene, die David Foster Wallace einmal für sich beschrieben hatte, nämlich, dass eine depressive Person sich so fühlt, als würde jede einzelne Zelle ihres Körpers kotzen. Verglichen mit dieser wallaceschen Definition gehörte ich zu den mittleren Fällen. Aber in dieser Zeit, als ich mich praktisch an jedem Ort schlechter fühlte als zuhause, als der Schlaf immer noch halb in der Nacht endete, als sich dann in der wachen Zeit immer die gleichen Gedanken abspulsten, in diesen Wochen konnte ich mir nicht vorstellen, dass es früher einmal anders war, und vor allem nicht, wie sich meine Lage noch einmal ändern könnte. Ein Traum wiederholte sich oft, in dem ich in einem Bunker saß und durch einen schmalen Sehschlitze, nicht breiter als vom linken Augenwinkel zum rechten, nicht höher als eine Daumenbreite, nach draußen sah. Ich weiß, es gibt subtilere Metaphern. Während meines Tiefs zeigten die Gehirnbilder in der Nacht den eigenen Zustand oft erstaunlich klar, fast luzider als tagsüber.

Es ist immer noch nicht selbstverständlich, von seiner Depression zu sprechen

Als ich mich selbst in die Psychiatrie der Universität München einlieferte, im Februar 2014, bekam ich Citalopram, das sich als das genau richtige Medikament für mich herausstellte. Nach zwei Wochen waren die Bunkerwände verschwunden wie bei Kay im Märchen der Kältezustand, ich flippte in eine leichte Hypomanie, und in diesem Zustand konnte ich für mich nur noch an Notizen rekonstruieren, wie es mir kurz vorher ging. Höchstens in einer sehr kurzen Übergangszeit hatte ich noch beide Seiten der Bipolarität im Blick. Als die Medikamente mich wieder nach oben trugen, kam ich bei einem Spaziergang in Kliniknähe an einer Ausstellung von Bildern des Malers Jiří „Georg“ Dokoupil vorbei, ging in die Galerie und fühlte mich vor den Bildern wie ein Alkoholiker, der endlich wieder an ein Glas Wein kommt. Die Farben waren wieder da. Die Welt war wieder farbig. Erst dort merkte ich, wie sie zwei Monate lang zu einem gekochten Spinat geworden war.

Dauerhaft blieb ich durch die Pillen nicht oben. Innerhalb des Jahres wechselte ich noch öfter zwischen Bunker und Normalwelt, allerdings mit schwächeren Ausschlägen nach

oben und unten. Der Grusel, sein Selbstbild zu verlieren, diese Grundangst unterscheidet die Depression von, sagen wir, chronischen Rückenschmerzen. Sie wirkt unheimlich auf den Kranken – auch auf viele, die die Kranken erleben, gerade dann, wenn es einen vorher vertrauten Menschen trifft. Es gibt also Gründe dafür, warum wahrscheinlich niemand beim Cocktailempfang des Bundespräsidenten ein Problem darin sehen würde, dem Gegenüber von seinem Bandscheibenproblem zu erzählen, aber eher nicht sagen würde: „Ich war gerade vier Wochen in der Psychiatrie.“

***Balneum diabolicum* – das Diktum gilt bis heute**

Antike Mediziner benutzten den Begriff „Melancholie“ für eine unscharf abgegrenzte Gruppe von Leiden an schwarzem Gallensaft, zu der Traurigkeit ebenso gehörte wie eine dysfunktionale Verdauung. Krankhafte Traurigkeit verlor seinen Status als rein körperbedingtes Leiden unter anderem, als sie schon in frühchristlichen Zeiten als Erscheinung der *Acedia* gedeutet wurde, der „Sünde der Trägheit“, die den Scholastikern wiederum als Gleichgültigkeit im Glauben galt. Der Kranke war also zum Sünder geworden. Folglich glichen die Kuren, die man Melancholikern angedeihen ließ, bis in das 19. Jahrhundert hinein eher exorzistischen Übungen, die eine schlechte Substanz aus dem Geist treiben sollten. Luther zitierte einen seinerzeit verbreiteten Satz in einer seiner Tischreden: *Caput melancolicum est balneum diabolicum* – der melancholische Kopf ist ein Bad des Teufels. Ärzte und Pfleger schnallten Patienten auf karussellartige Drehgestelle und ließen sie rotieren, sie verordneten lange Zwangsbäder oder applizierten ihren Patienten Nesselschnüre unter die Kopfhaut, die ein furchtbares Jucken verursachten. Körperliches Leiden, so ungefähr lautete ihr Therapiekonzept, würde den erstarrten Geist schon wieder aufwecken. Oder den Betroffenen umbringen, was ja auch ein Ende der irdischen Leiden bedeutete.

Auch über die klassische Zeit der Aufklärung hielt sich diese Deutung von Seelenkrankheit, auch bei Medizinern, die damals zu den modernen in ihrem Fach gehörten. Dass der Arzt Christian August Heinroth – derjenige, der 1818 als einer der ersten den Begriff „Depression“ in Deutschland benutzte – in Leipzig einen *Lehrstuhl für Seelenheilkunde* bekam, bedeutete objektiv einen gewaltigen Fortschritt. Aber auch Heinroth schrieb aus tiefer Überzeugung: „Man sage, was man wolle, aber ohne einen gänzlichen Abfall von Gott gibt es keine Seelenstörung. Ein böser Geist wohnt in den Seelengestörten, sie sind die wahrhaft besessenen.“ Erst der

Psychiater Emil Kraepelin führte 1899 das nüchterne Krankheitsbild des *manisch-depressiven Irreseins* als körperlich bedingtes Leiden ein.

Ausläufer des Sündenkonzepts reichen allerdings bis in die Gegenwart. Auch in einer sehr weit säkularisierten Welt ist dessen Kern erstaunlich intakt: Depressive, so die noch immer populäre Meinung, seien aus eigener Schuld in Trägheit versunken, durch die sie sich mit etwas von außen angestachelter Willenskraft selbst befreien könnten – was umgekehrt noch immer zur Scham vieler Depressiver führt, die sich lieber die Diagnose *Burn Out* stellen, um jeden Verdacht der Trägheit von sich zu weisen. Auch die Vorstellung der Besessenheit – Heinroths „böser Geist“ – lässt sich in unserer endaufgeklärten Gegenwart immer noch ohne Mühe mobilisieren. Das wissen wir spätestens seit dem Fall des Germanwings-Piloten Andreas Lubitz. Fast alle Medien legten sich mit einer Blitz- und Ferndiagnose fest, er müsste an Depression gelitten haben, weil er auch Psychiater aufgesucht und ein Psychopharmakon genommen hatte, nämlich Citalopram. Prompt tauchte wieder wie das Ungeheuer aus Loch Ness die Debatte auf, ob Ärzte nicht in manchen Fällen den Arbeitgeber des Patienten informieren sollten. Eine wahrlich „großartige“ Idee: Dann würden Depressive natürlich scharenweise zu Psychiatern und in Kliniken strömen – nämlich gar nicht mehr. Im Abschlussbericht zu Lubitz, der viel später und überall nur als kleine Meldung verbreitet wurde, stand später die Feststellung, er habe nicht an Depression gelitten, sondern an einer schweren Angststörung. Schon vorher hatte die Stiftung Deutsche Depressionshilfe darauf hingewiesen, dass sein Mitnahmeselbstmord völlig untypisch für Depressionskranke sei, abgesehen davon, dass ein extremer Einzelfall ohnehin keine Rückschlüsse auf ein Krankheitsbild zulässt, an dem in Deutschland gut vier Millionen Menschen leiden. Jeder Journalist hätte seine Schlüsse daraus ziehen können, dass der Pilot von Arzt zu Arzt lief, sich völlig unbegründete Sorgen machte, er könnte sein Augenlicht verlieren, und dass er alle möglichen Medikamente in großen Mengen und durcheinander schluckte. Nichts davon sprach für eine Depression, und nichts an diesem singulären Massenmord dafür, dass psychisch Kranke gemeingefährlicher sind als Gesunde. Nach dem Amoklauf von Davut Ali Sonboly in München hieß es sofort wieder: Depression. Wieder falsch. Auch über den Rucksackbomber von Ansbach meinten einige Medienleute zu wissen, er sei wohl depressiv gewesen. Da war es wieder, *Balneum diabolicum*.

Depression ist eine alte Krankheit, kein Derivat des Kapitalismus

Als Anhänger des BVB Dortmunds im Stadion das Transparent „Burnout-Ralle, häng dich auf“ aufspannten, um den RB-Trainer Ralf Rangnick zu treffen (der ziemlich offen über seine mittlerweile überwundene Erkrankung gesprochen hatte), konnte jeder sehen, wie groß die Bereitschaft noch immer ist, Depressive entweder als böse zu stigmatisieren, oder ihnen wie bei Rangnick Simulantentum und Schwäche anzudichten.

Möglicherweise wenden Leser dieses Textes spätestens jetzt ein, ich sei von der Erzählung meiner eigenen Krankheit zu schnell ins Allgemeine gewechselt. In Wirklichkeit gehören beide Teile zusammen. Jemand, der unter Depressionen leidet, sollte auch die Herkunft der Begriffe kennen. Er sollte wissen, dass es sich um eine hirnchemische Erkrankung handelt, nicht um eine Frage von Schuld und Scham. Er ist kein Opfer der Gesellschaft. Depression ist eine alte Krankheit, kein Derivat des Kapitalismus. Und vor allem sollte ihm klar sein: Niemand, der sich in Behandlung begibt und Medikamente nimmt, gibt dadurch seine Autonomie auf. Im Gegenteil, er erobert sie von der Krankheit zurück.

Alles in allem erlebte ich meine Zeit der akuten Depression und das gelegentliche Aufflackern danach unter idealen, ja geradezu privilegierten Bedingungen. Die psychiatrische Versorgung in München gehört zu den besten in Deutschland, ich bekam sehr schnell einen Klinikplatz. Mein Medikament schlug sofort an. Ich hatte und habe einen verständnisvollen Arbeitgeber. Nicht jeder kämpft unter derart leichten Bedingungen.

Würden sich die Verhältnisse auch für andere verbessern – mehr Klinikplätze, weniger Medikamentenfurcht, weniger Angst, ein Stigma aufgeprägt zu bekommen – dann wäre Depression zwar immer noch eine Krankheit, die die ganze Person erfasst. Aber sie würde weniger oft tödlich enden.

Alexander Wendt

schreibt als Journalist und Autor für renommierte Tages- und Wochenmedien. 2016 erschien sein Buch *Du Miststück. Meine Depression und ich* (S. Fischer). Alexander Wendt lebt und arbeitet in München.



Jiří Georg Dokoupil

ist ein deutsch-tschechischer Maler und Künstler. Zu Beginn der 1980er Jahre gründete er gemeinsam mit anderen Künstlern die Ateliergemeinschaft „Mülheimer Freiheit“ und entwickelte seitdem sein Werk durch immer neue „Erfindungen“ als heterogenes Werk konsequent weiter.

Psyche im Fokus dankt dem Künstler, der galeriejahn.com und der galeriekarlpfefferle.de für die Unterstützung.

Eine Menge im Kasten

Chirurgen greifen zum Skalpell, Gynäkologen zum Ultraschall. Doch womit arbeiten eigentlich Psychiater? Der Blick in ihren Werkzeugkasten zeigt: Wie alle anderen Ärzte auch, nutzen sie anerkannte wissenschaftliche Instrumente und Verfahren. *Psyche im Fokus* stellt die Wichtigsten vor – und räumt mit längst überholten Klischees auf.



Bildgebende Untersuchungen helfen dem Psychiater dabei, die Erkrankung ganz genau einzuordnen.



Multikulti ist heute Realität: Deshalb müssen sich Psychiater auch in andere Kulturen eindenken können.



Psychoedukation hilft den Patienten, Erkrankung und Therapie besser zu verstehen.



Medikamente bilden einen wichtigen Baustein im Gesamtbehandlungsplan.



Im therapeutischen Gespräch erkennen Patienten krankmachende Ursachen und üben neue Verhaltensmuster.



Ob mit oder ohne Couch: Die Psychotherapie ist für Psychiater ein zentrales Werkzeug, um ihre Patienten zu behandeln.



Psychiater müssen ganz genau zuhören, um herauszufinden, was ihren Patienten fehlt.



Als Fachärzte betrachten Psychiater den Menschen ganzheitlich – von Kopf bis Fuß und von innen und außen.

Blutuntersuchungen helfen, körperliche Ursachen von psychischen Symptomen aufzudecken.



Die vertrauensvolle therapeutische Beziehung ist das Fundament jeder Behandlung.

Wissenschaft

Die Zukunft hat bereits begonnen

Die moderne Forschung spürt die Ursachen psychischer Erkrankungen bis ins kleinste Molekül im Hirn auf. Mehr noch, sie macht sogar sichtbar, was eine Psychotherapie im Gehirn bewirkt. Dafür hat sie faszinierende Tools, wie Psychiaterforscher Andreas Meyer-Lindenberg im Interview betont.



Welche Meilensteine sind in der psychiatrischen Forschung in Sicht?

Wir stehen an der Schwelle zum Durchbruch, denn wir haben jetzt endlich die Werkzeuge, die zu den wirklich wichtigen Fragen passen! Mit der Hirnbildgebung zum Beispiel können wir psychische Erkrankungen besser verstehen und zum Teil sogar vorhersagen. So erkennen wir mit der funktionellen Magnet-Resonanz-Tomografie, kurz fMRT, was bei psychisch Erkrankten in verschiedenen Hirnarealen passiert und inwiefern diese anders zusammenarbeiten. Der Neurologe und Psychiater Carl Wernicke hat ja schon vor mehr als 100 Jahren vermutet, dass bei der Schizophrenie die Zusammenarbeit bestimmter Hirnbereiche gestört ist. Jetzt lässt sich das tatsächlich beobachten.

Erlaubt die moderne Bildgebung noch tiefere Einsichten ins Hirn?

Absolut. Mit der Positronen-Emissions-Tomografie (PET) können wir winzige Mengen radioaktiv markierter Moleküle im Körper verfolgen und sehen, welche neurochemischen Veränderungen der Erkrankung zugrunde liegen. Kombinieren wir diese Methode mit der fMRT, erkennen wir auch noch, wie sich diese Veränderungen auf die Hirnfunktion auswirken. Diese Einblicke sind fundamental, um neue gezielte Angriffspunkte für Psychopharmaka auszumachen und direkt festzustellen, ob und wie eine Therapie anschlägt. Wir können mit dieser Methode seit kurzem auch Entzündungen im Hirn entdecken. Dadurch häufen sich Hinweise, dass ein Teil schwerer psychischer Erkrankungen wie etwa Schizophrenie und Depression mit einer solchen Entzündung einhergehen, und entsprechend möglicherweise auch als solche behandelt werden kann. Bei solchen bildgebenden Untersuchungen kommt oft eine riesige Menge von Daten zusammen – schon bei einer einzigen kann das mehr als ein Terabyte sein.

Wie finden sich Wissenschaftler in dem Datenberg zurecht?

Wir müssen alle Ergebnisse zusammenführen: Die Hirnaufnahmen, die Daten aus dem Bereich der Moleküle und Proteine sowie die aus dem realen Leben der Patienten. Im nächsten Schritt werden die wichtigen Informationen herausdestilliert. Das machen wir mit selbsttrainierenden Algorithmen. Sie spüren Muster auf, die sich für eine passgenaue Therapie nutzen lassen. Man spricht auch von *Machine Learning*; das Fachgebiet heißt *Computational Neuroscience*. Schon jetzt bringen wir so für eine einzige Person über zehn Millionen genetische Varianten mit Umwelteinflüssen – wie

Traumata und Lebensereignisse – sowie klinischen und Bildgebungsdaten zusammen. Dieser Big-Data-Ansatz hat das Potential, unsere Diagnostik und auch unser Konzept von psychischen Erkrankungen von Grund auf zu verändern.

Können Sie simulieren, wie ein Gehirn funktioniert?

Noch nicht ganz. Mithilfe von Höchstleistungsrechnern können wir aber einzelne Nervenzellen, Netzwerke und ganze Hirnabschnitte simulieren. Das menschliche Gehirn ist ja unglaublich komplex. Über 100 Milliarden Nervenzellen – jeweils mit mehr als 100 Verbindungen kompliziert miteinander verschaltet – sind simultan aktiv und beeinflussen sich gegenseitig. Das *Human Brain Project* strebt an, das komplette Organ zu simulieren. Dafür reicht die Technik aber derzeit noch nicht aus. Doch jetzt sind beispielsweise Experimente denkbar, um Medikamente per Computersimulation zu testen.

Weg vom Virtuellen: Können Sie auch echte Nervenzellen im Labor beobachten?

Hier hat die Forschung ein superspannendes Verfahren in petto. Wir können aus einer Blutprobe oder Haaren von Patienten Nervenzellen in der Petrischale züchten und unter die Lupe nehmen. Die entnommenen Zellen lassen sich „reprogrammieren“ und so in den embryonalen Zustand zurück versetzen. Das erlaubt uns, Veränderungen bei bestimmten psychischen Erkrankungen wie etwa Schizophrenie und ADHS, die zu rund 80 Prozent mit den Genen verknüpft sind, zu untersuchen. Wir können künftig sogar „Minigehirne“ daraus entwickeln und erforschen, inwiefern die Zellen anders interagieren. Neben dem tieferen Verständnis der neurobiologischen Ursachen von psychischen Erkrankungen ist die Entwicklung von Medikamenten ein wesentlicher Aspekt: An den Zellverbänden können wir pharmakologische Substanzen testen. Ein Fernziel wäre auch, irgendwann in der Zukunft Nervenzellen bei bestimmten Erkrankungen regenerieren und ersetzen zu können. Da gibt es allerdings noch praktische Hürden.

Aber der Mensch ist mehr als sein Hirn. Er lebt mit Familie, Freunden, Kollegen. Wie verschaffen Sie sich einen Einblick in das soziale Verhalten?

Die soziale Einbindung ist ein ganz wichtiger Aspekt. Viele psychische Erkrankungen gehen mit einer eingeschränkten sozialen Kompetenz einher. Betroffene zum Beispiel, die Autismus, eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie oder Depression haben, leiden besonders darunter, dass es ihnen schwerfällt, Freundschaften zu knüpfen oder



Partner zu finden. Die soziale Kompetenz ist zudem der wichtigste prognostische Faktor. Um diese zu untersuchen, haben wir sogar auch eine Technologie: Beim *Hyperscanning* können wir messen, wie die Hirne zweier Personen, die zusammen in einem Scanner liegen, zusammenarbeiten. Wir erhalten dabei wertvolle Informationen über das soziale Miteinander und wie es sich auf das Gehirn auswirkt – und natürlich umgekehrt.

Neben dem sozialen Aspekt spielt es eine große Rolle, wie sich Betroffene ihrem Leben stellen. Was können Smartphones und Smart Watches dabei leisten?

Gesundheits-Apps bieten sehr viel Potenzial für Diagnose und Therapie. Wenn sich ein Angstpatient davor fürchtet, in ein Kaufhaus zu gehen, können wir zum Beispiel im Rahmen der Expositionstherapie verfolgen, ob er es auch allein geschafft hat. Mehr noch, wir können seine psychische Befindlichkeit dabei messen. Verbindet man das noch mit spielerischen Elementen, haben die Patienten auch mehr Spaß daran, selbst zu üben und zu testen, wie es ihnen in bestimmten Situationen ergeht. Das erhöht die Kompetenz, mit der eigenen Erkrankung umzugehen, und motiviert zu einer gesunden Lebensführung. Menschen mit einer Bipolaren Störung zum Beispiel rutschen oftmals sehr schnell in eine manische Phase. Eine App könnte Frühwarnsymptome wie weniger Schlaf und vermehrte Aktivität anzeigen – oder auch eine sich anbahnende Depression erkennen. Das ermöglicht Betroffenen, sich rechtzeitig an ihren Psychiater zu wenden und behandeln zu lassen.

Einige psychische Erkrankungen gehen jedoch mit fehlender Krankheitseinsicht einher. Haben Patienten überhaupt Interesse an solchen Gesundheits-Apps?

Die mangelnde Krankeneinsicht ist in der Tat ein Problem. Aber es ist bei allen chronischen Erkrankungen so, dass die Patienten oft nicht bereit sind, die Therapie so umzusetzen, wie es aus Sicht der Ärzte für sie am besten wäre – das ist bei Diabetes nicht anders als bei der Schizophrenie. Das Interesse an diesen Apps, die sehr hilfreich sein können, ist bei den Betroffenen sehr hoch.

Sie haben faszinierende „Werkzeuge“, um der Biologie von psychischen Erkrankungen auf den Grund zu gehen. Welchen Stellenwert hat da die Psychotherapie?

Die Psychotherapie ist in der Behandlung psychischer Erkrankungen unverzichtbar und wird es auch bleiben. Aber letztlich ist auch die soziale Interaktion zwischen Menschen Teil der Biologie: Dazu gehört auch die Beziehung zwischen Arzt, Therapeut und Patient. Die Grenzen zwischen Psychologie und Biologie verschwimmen. Gerade die funktionelle Bildgebung ermöglicht uns, zu verstehen, wie sich psychotherapeutisches Vorgehen auf das Gehirn auswirkt, und damit individuell auf den Patienten zugeschnittene Psychotherapieprogramme zu entwickeln.

Was denken Sie: Wie wird ein Patient in zehn Jahren behandelt?

Die Zukunft hat in der Psychiatrieforschung schon längst begonnen. Sie nähert sich einer Präzisionsmedizin an – sowohl von molekularer als auch psychotherapeutischer Seite. Im Moment stellen wir Diagnosen. Die Therapie von Menschen mit einer chronischen Depression zum Beispiel ist in einem Manual festgehalten, nach dem wir verfahren. Es ist aber nicht auf den einzelnen Patienten ausgerichtet. Wir müssen weg von den Manualen. Die neuen „Werkzeuge“ ermöglichen eine individuelle Diagnostik und damit auch eine individuelle Therapie.

Andreas Meyer-Lindenberg

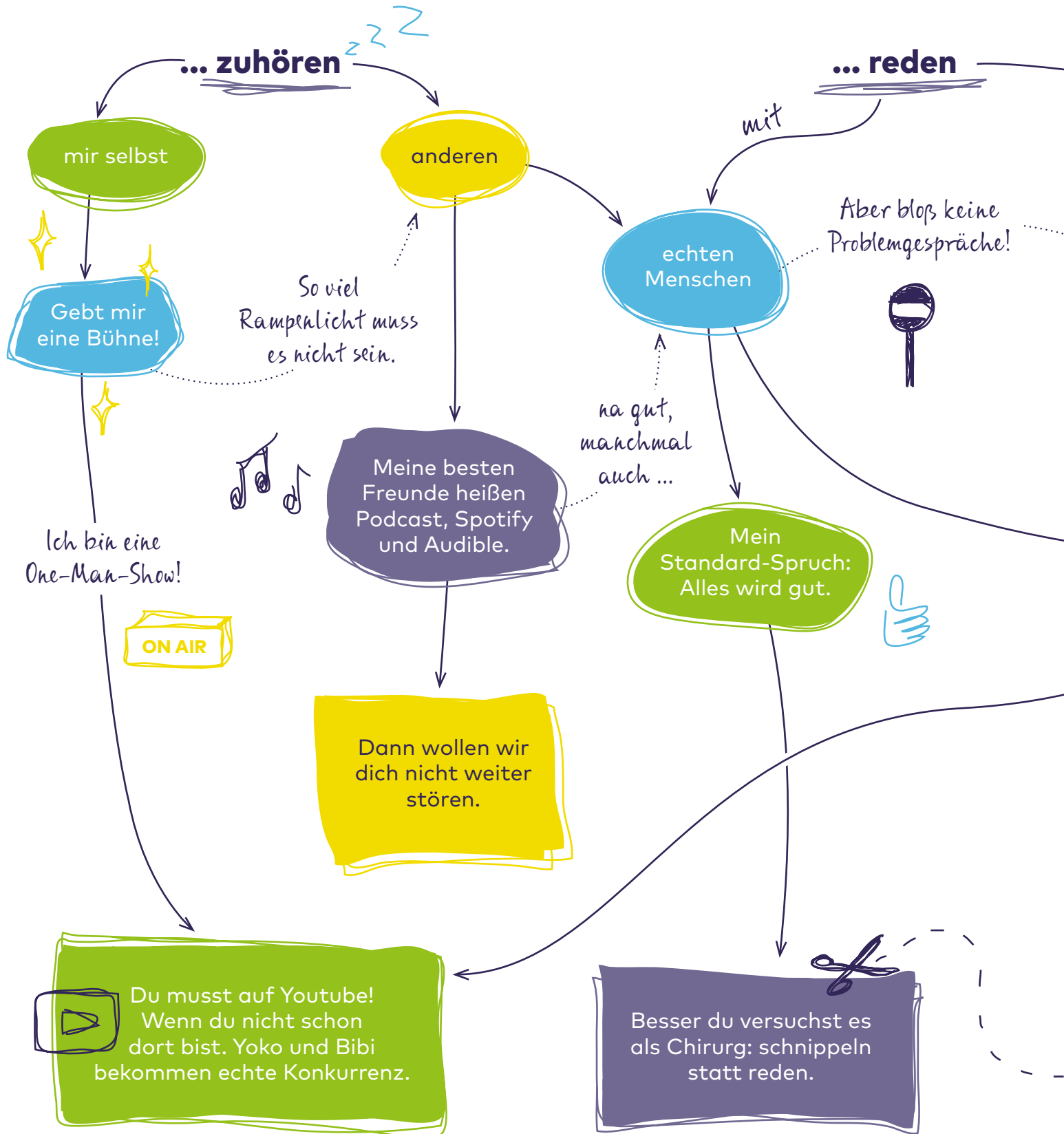
ist Psychiater und leitet das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. Seit 2013 ist er Mitglied im Vorstand der DGPPN.

Ute F. Wegner

hat Biologie studiert und arbeitet als Autorin in Berlin.

Hast du das Zeug zum Psychiater?

Am besten kann ich ...





17,5 unschlagbare Gründe

Warum es sich lohnt, Psychiater zu werden

#1 Entdecke die Möglichkeiten

Die Welt ist bunt: Nach ein paar Berufsjahren ist Psychiatern nichts Menschliches mehr fremd. Das kann eine große Inspiration sein, denn dadurch wird ganz deutlich: Es gibt unfassbar viele Lebensvarianten.

#2 Immer eine Story auf Lager

Was die Geschichten angeht, können vermutlich nur Friseure und Barkeeper mithalten: Psychiater erleben die Geschichten von Menschen oft über Jahre, kennen Glücksmomente, witzige Zwischenfälle, aber auch die ernstesten Situationen und die traurigen Episoden.

#3 Dünger für das eigene Wachstum

Wer so viel erlebt, wächst auch selbst: Viele Psychiater werden durch ihren Beruf humorvoller, gelassener, leidenschaftlicher oder kämpferischer – und auch kreativer, erfinderischer, wachsamer, behutsamer oder mitfühlender. Die Gelegenheiten zur eigenen Entwicklung gehen nie aus und bieten sich jeden Tag aufs Neue.

#4 Menschenliebe leben

Als Psychiater kann man sich richtig austoben, wenn es um die Menschenliebe geht. Denn diesen Job kann niemand gut machen, der Menschen nicht wirklich mag. Natürlich muss man daran auch arbeiten – was manchmal ganz leicht fällt und mal richtig mühsam ist: insbesondere dann, wenn menschliche Abgründe zu Tage treten, die das mit der Liebe sehr schwer erscheinen lassen.

#5 Geld ist nicht alles

Durch den Job wird noch klarer: Ein gefülltes Bankkonto hilft bei mancher Sorge, nimmt aber Menschen nicht die Last, die sich mitunter viel zu groß anfühlt. Oft erleben Patienten erst in ihrer Krankheit, wie wichtig andere Menschen und die Beziehungen zu ihnen sind: Partner, Familie, Freunde, Nachbarn, aber auch Mitpatienten oder Helfer.

#6 Wie Kolumbus, nur anders

Psychiatrie ist wie das Erkunden unbekannter Völker. Jeder Mensch und seine Familie hat eine eigene Landkarte, die es zu erfahren und ergründen gilt und deren innere Logik immer wieder Erstaunen hervorrufen kann. Diese Entdeckungsreisen gehören zu den spannendsten Momenten des Berufsalltages.

#7 Die kleinen Dinge

Wie beeindruckend sind Menschen, die für Herausforderungen besonderer Art besondere Lösungen finden! Psychiater erleben es immer wieder – zum Beispiel wenn es Patienten gelingt, nach vielen Jahren das erste Mal wieder ins Theater zu gehen, ohne sich von Panikattacken abhalten zu lassen.

#8 Lassen Sie mich durch, ich bin Arzt

Das Beste ist: Psychiater zu sein geht nicht ohne Mediziner zu sein. Diagnose und Behandlung von psychischen Erkrankungen sind nur mit gründlichem medizinischem Fachwissen möglich. Denn vielleicht steckt hinter dem

psychischen Symptom ja eine körperliche Ursache. Psychiater sind Ärzte, die psychische Störungen verstehen und ihren Ursachen auf den Grund gehen wollen.

9 Dem Mysterium Psyche auf der Spur

Die wunderbare Welt der Gefühle und deren Zusammenspiel mit Gedanken und dem, was Menschen tun, kommt im Medizinstudium zwar vor, aber vertieft wird es erst später in der Facharztweiterbildung und natürlich im Berufsalltag. Sokrates hatte recht, als er sagte: „Ich weiß, dass ich nichts weiß!“

10 Weil jeder Einzelne wichtig ist

Im Klinikalltag gelingt manchmal nur, eine Situation zu entschärfen, weil Pfleger Schmidt gerade Dienst hat und er einen guten Draht zu Frau Müller hat, die in ihrer psychotischen Angst eine Mitpatientin bedroht. Dieses Wissen um den ganz besonderen Kontakt zu einem bestimmten Menschen eröffnet neue Möglichkeiten, zu Patienten vorzudringen. Manchmal ist es der Einzelne, der ausreicht, einen Menschen davon abzuhalten, sich das Leben zu nehmen und zu ermutigen seine Therapie fortzusetzen.

11 Augenmaß statt Standard

Psychiater lernen früh, dass es nicht die eine Lösung und die eine richtige Behandlung gibt, sondern dass alles mit diesem Menschen und seiner Umgebung zusammenpassen muss, um eine Veränderung zu bewirken. Psychiater stehen ihren Patienten und deren Angehörigen als Ratgeber zur Seite und müssen dabei nicht recht behalten.

12 Meisterwerk Hirn

Ja, das Hirn ist ein ganz außergewöhnliches Organ. Immer wieder zeigt es, wie wunderbar und regenerationsfähig es ist, z.B. bei entzündlichen Erkrankungen, nach schweren Unfällen oder nach Substanzmissbrauch. Manchmal braucht es vor allem Zeit, um sich zu erholen – vieles, was jetzt nicht geht, kann wieder werden.

13 Schnittstellenkompatibel

Dass Psychiatrie und Neurologie früher noch nicht strikt in zwei Fächer geteilt waren, ist heute zumindest in der Klinik kaum mehr vorstellbar: So viel Spezialwissen ist hinzugekommen, so unterschiedlich ist der Alltag der Abteilungen. Und doch es gibt eine Fülle von Erkrankungen, bei denen das überlappende Wissen beider Fächer immer gefragt sein wird.

14 Einhörner gibt es doch

Frau Schulze hat nun doch ihre Wohnung aufgeräumt,

dabei dachten alle, sie kriegt das nie hin. Herr Meiser hat schon 30 Entgiftungen hinter sich und nun beantragt er endlich eine Rehabilitationsbehandlung gegen Alkoholabhängigkeit. Ja, Wunder gibt es im Berufsalltag eines Psychiaters immer wieder.

15 Vitamin B wirkt, auch bei einem selbst

Jeden Tag erleben Psychiater, wie bedeutend Beziehungen sind: während der Erkrankung des Patienten, in der Zeit der Rehabilitation und in einer gesamten Biographie. Was für Patienten gut ist, gilt auch für Psychiater: Beziehungen helfen uns dabei, die eigenen Kräfte nicht zu überschätzen und sorgsam damit umzugehen.

16 Wahre Werte erkennen

Niemand kann sich in Krisen gut entwickeln, wenn er ständig beschimpft oder kritisiert wird. Ein bekannter Fußballtrainer soll gesagt haben, man könne ihm nicht erzählen, dass die Angst zu versagen, mehr Energie freisetze als die Lust auf das Gewinnen. Also: Es bricht niemandem einen Zacken aus der Krone, ab und an mal auszusprechen, dass jemand etwas nach unserer Einschätzung gut gemeistert hat.

17 Echt echt sein

Patienten merken in der Regel sehr schnell, wenn Psychiater – aus welchen Gründen auch immer – nicht offen sind. Damit ist nicht gemeint, jedem zu jeder Zeit schonungslos die Meinung um die Ohren zu hauen. Aber es bedeutet, ganz bei sich selbst zu sein und keine Lügenmärchen zu erzählen: weder was Heilungschancen angeht, noch was das Telefonat der besorgten Mutter betrifft, die so sehr darum bittet, dass ihrer Tochter vor-enthalten wird, was sie dem Arzt jetzt unbedingt unter dem Mantel der Verschwiegenheit mitteilen muss.

17,5 Auch das noch

Nein, Psychiater sind keine halben Ärzte. Und ja, sie können jede Menge. Sie sind Experten der sprechenden Medizin – Ärzte, die mit Menschen in Beziehung treten. Darauf können sie stolz sein.

Bettina Wilms

ist Chefarztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Carl-von-Basedow-Klinikums in Querfurt und Mitglied des geschäftsführenden Ausschusses im Arbeitskreis für Chefarztinnen und -ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa).

ESSTOHE

Bücher, die man als Psychiater unbedingt kennen sollte*

Listen mit Büchern sind eine heikle Sache: Entweder werden die falschen Werke genannt oder die wichtigsten fehlen. *Psyche im Fokus* wagt es trotzdem – und hat Bücher ausgewählt, die man nach der Lektüre so schnell nicht wieder vergisst. Manche prägten schon Generationen von Psychiatern, andere sind noch ganz jung und entfalten gerade ihre Wirkung.



1



2



3



4



5



6



7



8



9

*Was, Sie sind gar kein Psychiater?
Macht nix! Viele unserer Tipps sind auch für Nicht-Experten spannend!

1 Manie und Depression

„Wenn Sie bipolar sind, hat Ihr Leben keine Kontinuität mehr. Die Krankheit hat Ihre Vergangenheit zerschossen, und in noch stärkerem Maße bedroht sie Ihre Zukunft.“ Thomas Melle erzählt von seiner Erkrankung, von persönlichen Dramen und langsamer Besserung – und gibt einen außergewöhnlichen Einblick in das, was in ihm vorgeht.

Thomas Melle: Die Welt im Rücken. Rowohlt, 2016

4 Der Klassiker von 1913

Mit seiner *Allgemeinen Psychopathologie* führte Karl Jaspers eine neue Richtung in die Psychiatrie ein. Er unterschied darin „Verstehen“ und „Erklären“ und verband die geisteswissenschaftliche mit der naturwissenschaftlich-medizinischen Methodik. Sein Werk gilt als der Beginn der methodischen psychopathologischen Forschung – und gehört noch heute zur Pflichtlektüre eines jeden Psychiaters.

Karl Jaspers: Allgemeine Psychopathologie. Neunte unveränderte Auflage, Springer, 1973

7 Anleitung zum Glücklichein

Im Wien des Fin de siècle drängt die junge Russin Lou Andreas Salomé den angesehenen Arzt Josef Breuer, dem suizidgefährdeten Friedrich Nietzsche zu helfen und ihn von seiner zerstörerischen Obsession für sie zu kurieren. Breuer willigt ein und unterzieht Nietzsche einer neuartigen Heilungsmethode: einer Redekur. Ein wunderbarer Roman über die Anfänge der Psychoanalyse und -therapie.

Irvin D. Yalom: Und Nietzsche weinte. btb, 2009

2 Das Standardwerk der Sozialpsychiatrie

Seit 40 Jahren prägt Klaus Dörners und Ursula Plog's *Irren ist menschlich* die moderne Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Das Buch hat deutlich gemacht, dass es auf die Haltung ankommt, mit der sich Behandler und Mitmenschen den Betroffenen und den Phänomenen nähern. Das Werk wurde mehrfach grundlegend überarbeitet, zuletzt 2016.

Klaus Dörner, Ursula Plog, Thomas Bock, Peter Brieger, Andreas Heinz, Frank Wendt: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Psychiatrie Verlag, 2016

5 Ist das normal?

Zwischen Hunderten von Patienten als jüngster Sohn des Direktors einer Kinder- und Jugendpsychiatrie aufzuwachen? Der junge Held in Joachim Meyerhoffs Roman kennt es nicht anders – und mag es sogar sehr. Liebevoll und komisch erzählt der Roman von einer außergewöhnlichen Familie an einem außergewöhnlichen Ort.

Joachim Meyerhoff: Wann wird es endlich wieder so, wie es nie war. Kiepenheuer & Witsch, 2013

8 Wenn das Leben Kopf steht

„Ihre Tochter hat Schizophrenie“ – als Janine Berg-Peer diesen Satz hört ist in ihrem Leben von einem Tag auf den nächsten nichts mehr wie vorher. Selbstkritisch und mit großer Offenheit beschreibt sie, wie sie gemeinsam mit ihrer Tochter, manchmal auch gegen sie, lernt, mit deren Krankheit umzugehen.

Janine Berg-Peer: Schizophrenie ist scheiße, Mama! Fischer Taschenbuch, 2013

3 Recht und Gerechtigkeit

Ein Ehemann quält jahrelang seine junge Frau. Ein Internatsschüler wird fast zu Tode gefoltert. Ein Ehepaar verliert die Kontrolle über ihre sexuellen Spiele. Ein Mann wird wegen Kindesmissbrauchs angeklagt. Leise, aber bestimmt stellt Ferdinand von Schirach die Frage nach der Schuld des Menschen.

Ferdinand von Schirach: Schuld. btb, neu erschienen 2017

6 Folgeschwere Mutter-Tochter-Beziehung

Von ihrer Mutter zur Pianistin gedrillt, findet die Klavierlehrerin Erika Kohut nicht mehr aus der Isolation heraus. Unfähig, sich auf das Leben einzulassen, wird sie zur Voyeurin und kann nur im Leiden und in der Bestrafung Lust empfinden. Schonungslos zeichnet der Roman das Psychogramm einer tragischen Heldin, die an den Folgen einer missglückten Sozialisation zugrunde geht.

Elfriede Jelinek: Die Klavierspielerin. rororo 1986

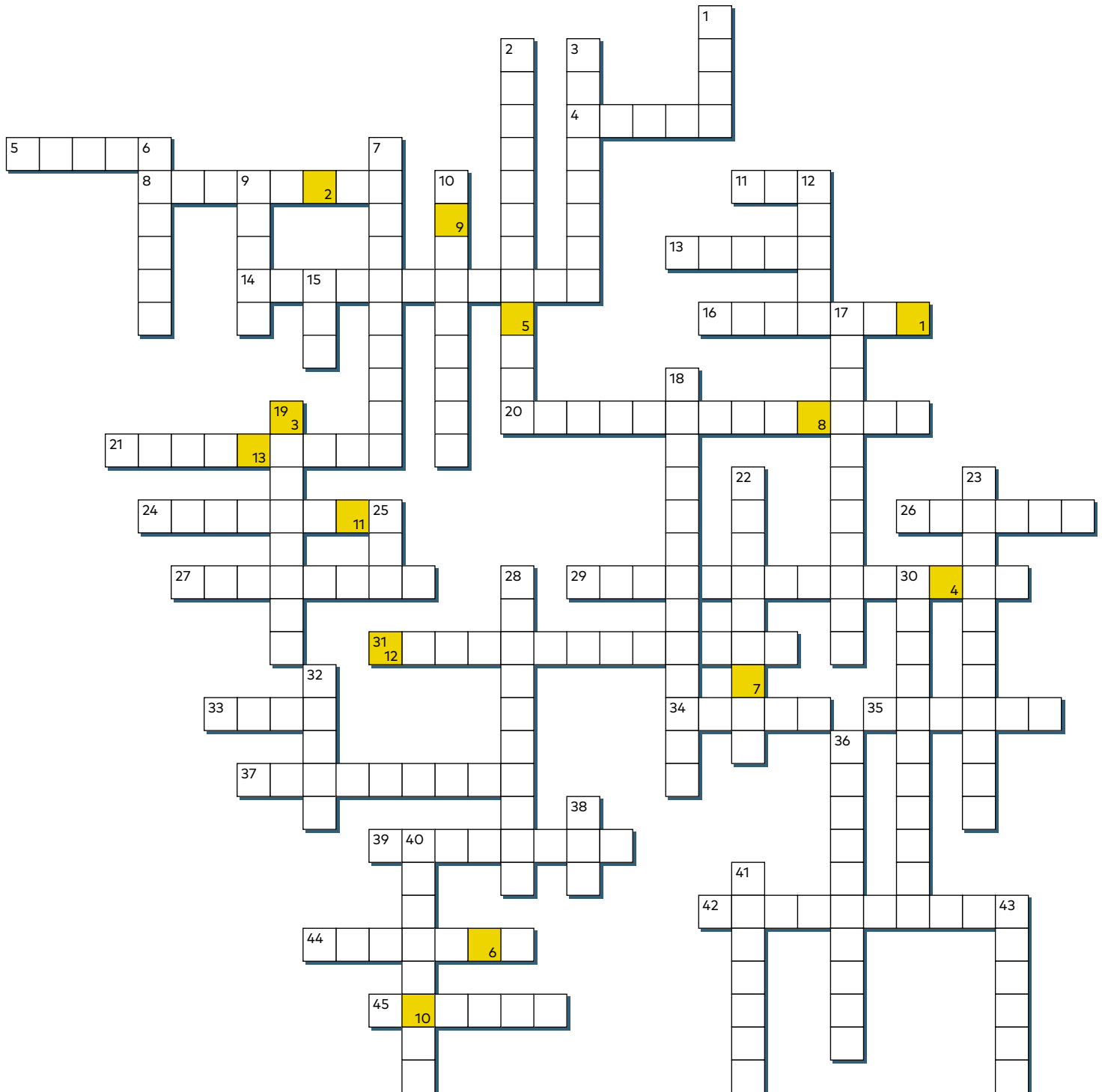
9 Pionierwerk der Psychiatrie

1845 leitete Wilhelm Griesinger eine Wende im Selbstverständnis der Psychiatrie ein. Er unternahm den Versuch, das Fach aus der medizinischen Pathologie zu begründen: Er betrachtete psychische Erkrankungen als Gehirnkrankheiten, war aber gleichzeitig um eine Synthese somatischer und psychogener Erklärungen bemüht. Sein Werk bleibt damit bis heute aktuell.

Wilhelm Griesinger: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, für Ärzte und Studierende. Krabbe, 1845, heute abrufbar über deutschestextarchiv.de

Gehirnjogging

Auf die Plätze, fertig, los – auf zum großen Wissensparcours.



Horizontal

4. Vorname von Alzheimer
5. Begründer der humanistischen Psychoanalyse
8. Teil des Limbischen Systems
11. Bezeichnung für Gehirn und Rückenmark (Abk.)
13. Französisch: Gesundheit
14. Abbau von Stress
16. Nobelpreisträger für Medizin (Thomas ...)
20. Nachwuchsinitiative der DGPPN
21. Abnorme Angst vor allem
24. Einfühlungsvermögen
26. Austragungsort Psychiatrie-Weltkongress 2017
27. Russischer Nervenarzt (19. Jh.)
29. Angehender Arzt
31. Erstes Neuroleptikum
33. Traumatherapie
34. Aus tiefster Seele
35. Anderes Wort für Krankenhaus
37. Patientin und Schülerin von C. G. Jung (Sabina ...)
39. Altrömische Göttin der Gesundheit
42. Selbstliebe
44. Berliner Krankenhaus
45. Störend

Vertikal

1. Psyches Geliebter
2. Werk von Sigmund Freud (Die ...)
3. Pathologisches Nachstellen
6. Vorname des Autors Proust
7. Sexuelle Abweichung
9. Altgriechisch-römischer Arzt
10. Dt. Psychiater und Kunsthistoriker
12. Amphetaminderivat (ugs.)
15. Unwillkürliche Bewegung oder Lautäußerung
17. Begründer der klassischen Medizin
18. Sinnestäuschung
19. Stresshormon
22. Widerstandskraft
23. Botenstoffe im Gehirn
25. Das Ich (Philosophie, psychologisch)
28. Anweisung des Arztes
30. Vorgang im Gehirn
32. Englisch: Gehirn
36. Begründer der biologischen Psychiatrie
38. Begriff der chinesischen Philosophie
40. Altindische Medizinlehre
41. Dt. Psychiater und Philosoph
43. Starrezustand des Körpers

Lösungswort

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----



Im Buchstaben-Wirrwarr nebenan sind 16 Begriffe aus der Welt der Psychiatrie und Psychotherapie versteckt. Wer findet sie alle?

G	U	X	I	S	Q	H	V	A	F	H	C	X	M	I	Y	H	I	K	Q
S	G	T	M	C	B	K	O	M	O	R	B	I	D	I	T	A	E	T	B
M	S	R	P	R	M	S	S	W	G	K	L	M	P	K	X	L	D	H	J
B	P	A	Y	I	R	S	E	R	O	T	O	N	I	N	O	T	T	O	U
O	M	U	L	S	C	P	K	J	Q	J	H	I	S	N	K	T	R	Y	U
T	V	M	O	I	V	K	L	A	U	S	T	R	O	P	H	O	B	I	E
S	G	A	V	K	B	P	H	Y	W	M	W	B	B	K	S	J	O	N	L
C	F	T	M	O	B	J	V	M	J	K	Y	S	R	Y	S	R	A	S	A
H	W	P	R	F	I	D	P	J	Y	O	I	U	B	X	O	L	F	Y	N
I	O	S	S	A	V	K	Q	Q	R	J	N	P	S	U	Z	L	F	M	A
Z	K	Y	O	K	Q	K	M	P	I	T	J	E	M	N	I	G	E	Z	M
O	U	C	V	T	Q	B	S	A	L	L	X	R	C	R	O	O	K	L	N
P	N	H	Q	O	K	U	V	T	P	E	W	V	F	V	T	V	T	U	E
H	Y	I	Q	R	Y	R	T	I	R	I	D	I	B	K	H	R	G	W	S
R	T	A	O	I	E	N	W	E	P	T	V	S	O	P	E	M	K	V	E
E	S	T	Y	B	M	O	N	N	N	L	Y	I	E	Y	R	I	L	Z	A
N	Z	E	T	D	H	U	Y	T	G	I	N	O	D	E	A	K	I	S	K
I	V	R	S	R	P	T	D	K	H	N	C	N	C	W	P	E	N	P	X
E	V	Y	B	A	Y	X	L	W	R	I	C	R	W	C	I	Q	I	H	E
J	B	P	R	A	X	I	S	N	J	E	R	B	Q	S	E	S	K	C	J

Ein schwieriger Spagat

Warum die Psychiatrie einen offenen, kritischen Diskurs über Autonomie und Zwang braucht und die Defensive keine Option ist.



Ein Widerspruch zu Beginn

„Das eigentliche Ziel psychiatrischer Arbeit ist es, Menschen mit psychischen Erkrankungen dabei zu helfen, ihr Leben wieder unbeeinträchtigt von belastenden Symptomen und deren sozialen Folgen zu führen. Sie sollen von ihrer persönlichen Autonomie wieder in vollem Umfang Gebrauch machen können.“

Es ist recht wahrscheinlich, dass eine derartige Antwort erhält, wer Psychiater danach fragt, was denn den Kern ihrer Tätigkeit und ihres beruflichen Selbstverständnisses ausmache. Kann es einen größeren Gegensatz geben zwischen dieser Aussage und der, die nun folgt?

„Die Psychiatrie gibt nur vor, eine solide wissenschaftliche Disziplin zu sein und Krankheiten zu behandeln. In Tat und Wahrheit ist sie eine schlecht kaschierte soziale Kontrollinstanz, die Menschen in kritischen Lebenssituationen nur allzu häufig gegen deren Willen in eine Behandlung zwingt und diese mit einem engen medizinischen Krankheitsmodell unterlegt, das der Komplexität der einzelnen Person in keiner Weise gerecht wird.“

Diese Fundamentalkritik der Antipsychiatrie aus den 60er- und 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts sollte man keineswegs als bloße historische Reminiszenz abtun, die sich durch den Fortschritt psychiatrischer Untersuchungs- und Therapieverfahren in den letzten Jahrzehnten erledigt habe. Auch heute noch begegnet die Gesellschaft der Psychiatrie oft mit einer gehörigen Portion Skepsis, wenn nicht sogar mit offenem Misstrauen – obwohl es ja genau diese Gesellschaft ist, die der Psychiatrie ihren Handlungsauftrag erteilt. An keinem anderen Punkt kristallisieren sich diese für unser Fach charakteristischen Spannungsbögen so markant heraus wie bei der Debatte um Autonomie und Zwang.

Unangenehm, belastend – und doch auch eine Chance

Der Begriff Autonomie ist generell positiv konnotiert, er ist heute geradezu en vogue – und das keineswegs nur in der Psychiatrie. Umso unangenehmer und persönlich belastender empfinden viele Psychiater die Konfrontation und vertiefte Auseinandersetzung mit Situationen, in denen eine Einschränkung der Patientenautonomie unausweichlich wird, um noch gravierendere Folgen zu verhindern. Die Rede ist hier von der Palette medizinischer Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie: Sie reicht von der prononciert suggestiven Überredung eines Patienten durch den Behandler über die Klinikeinweisung gegen den Willen der betroffenen Person bis zur medikamentösen Zwangsbehandlung oder mechanischen Fixierung. Unangenehm ist psychiatrischen Berufsleuten dieses Thema gleich aus mehreren Gründen: Es steht quer zu den therapeutischen Konzepten und Grundhaltungen, es führt zu zahlreichen Schwierigkeiten und heiklen Situationen im klinischen Alltag, es kollidiert mit der beruflichen Identität, mit dem „Selbstwertgefühl“ der psychiatrisch Tätigen und, nicht zuletzt, es muss mit Blick auf die öffentliche Wahrnehmung unseres Faches geradezu als dessen Achillesferse bezeichnet werden.

Ob unangenehm oder nicht: Die Psychiatrie muss sich diesem Spannungsfeld von Autonomie und Zwang stellen – daran führt kein Weg vorbei. Zwei Aspekte sind dabei völlig klar: Wir müssen diese Debatte offen, nachhaltig und differenziert führen, müssen den Kritikern substanzielle Argumente liefern, um aus dem unfruchtbaren, wenn auch verbreiteten Muster von oberflächlicher Kritik und Schuldzuweisung herauszufinden. Zum anderen sollte die Psychiatrie nicht reflexartig aus einer defensiven Position heraus agieren: nicht von der Anklagebank aus, sondern in begründetem Rückbezug auf die konkrete klinische Praxis – und deren größte Herausforderung ist nun einmal das kontinuierliche Abwägen, welche Handlungsoption dem Interesse des Patienten am meisten entspricht.



Natürlich ist dies ein hoher Anspruch. Gleichwohl ist es nicht nur belastend und verunsichernd, sich dem Widerspruch zwischen Autonomie und Zwang zu stellen. Hier liegt, im Gegenteil, eine bemerkenswerte Chance für die Psychiatrie, gerade auch mit Blick auf die systematische Implementierung des Themas in das universitäre medizinische Curriculum sowie in die ärztliche Weiter- und Fortbildung. Doch sollten wir wohlfeile Vereinfachungen, die sich überall anbieten, zurückweisen und auf einer differenzierten Diskussion mit folgenden Rahmenbedingungen bestehen:

I Es gibt nicht die Autonomie.

Die plakative Verwendung des Sammelbegriffes „Autonomie“, quasi als Gütesiegel einer psychiatrischen Argumentation, generiert im besten Fall eine Scheinsicherheit. Obwohl das Kernelement stets gleich ist, das selbstbestimmte Handeln des Individuums nämlich, liegen die Akzente des Autonomiebegriffes doch recht unterschiedlich, je nachdem ob man von einer Kantischen Pflichtethik ausgeht, von einer Prinzipienethik, etwa in der heute breit akzeptierten Lesart nach Beauchamp und Childress, oder von den neueren Konzepten einer „Care-Ethik“ oder „narrativen Ethik“.

I Ethische Prinzipien müssen gegeneinander abgewogen werden.

Wir müssen akzeptieren, dass es auf diesem Feld keine einfachen Antworten gibt, zumindest dann nicht, wenn man der einzelnen psychisch erkrankten Person gerecht werden will. Autonomie ist ohne Frage ein zentrales medizinethisches Prinzip, es ist aber nicht a priori und ohne Einschränkung privilegiert. Es kommt vielmehr in durchaus hippokratischer Tradition darauf an, auch den anderen Prinzipien – etwa der behandelten Person nicht zu schaden – angemessen Rechnung zu tragen. Dies kann die Konsequenz beinhalten, die Patientenautonomie vorübergehend einzuschränken und den Bereich medizinischer Zwangsmaßnahmen zu betreten.

I Entscheidend ist die konkrete, also individualisierte Bewährung des Autonomieprinzips.

Dies trifft den Kern psychiatrischer Arbeit, führen doch psychische Erkrankungen häufig dazu, dass eine Person von ihrer grundsätzlich bestehenden Autonomie zeitweise nur eingeschränkt Gebrauch machen kann. Man denke an einen schwer depressiven, in Denken und Handeln gehemmten Patienten, gequält von Schuldgefühlen, allenfalls sogar von einem Schuldwahn: Sein persönliches Wertgefüge und damit indirekt auch seine Autonomie werden von diesem psychischen Zustand nicht nur tangiert, sondern geprägt und

vor allem beeinträchtigt. Die bloße Zuschreibung von Autonomie an die psychisch erkrankte Person bleibt hier ein unverbindlicher theoretischer Akt. Worauf es ankommt, ist die individualisierende Anwendung des ethischen Prinzips auf die betroffene Person.

Was daraus folgt

Über Autonomie spricht man gerne, über Zwang nicht. Das ist, innerhalb wie außerhalb der Psychiatrie, nur allzu nachvollziehbar. Und doch: Durch das Vermeiden des unangenehmen Themas, erst recht durch dessen Beschönigung, wird kein Problem gelöst. Auch die in diesem Zusammenhang häufig anzutreffende defensive Position der Psychiatrie reicht nicht aus.

Wir bringen unseren Respekt vor der psychisch erkrankten Person, gerade wenn Zwangsmaßnahmen und damit markante Einschränkungen ihrer Autonomie unausweichlich wurden, am überzeugendsten und glaubwürdigsten zum Ausdruck, wenn wir uns offen und selbstbewusst der Debatte stellen. „Selbstbewusst“ hat dabei freilich nichts mit unreflektiertem Paternalismus oder gar Rechthaberei zu tun, aber viel mit begrifflicher Differenzierung und Selbstreflexion.*

Paul Hoff

ist Psychiater und stv. Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

*Literatur beim Autor

„Die Psychiatrie muss sich diesem Spannungsfeld von Autonomie und Zwang stellen – daran führt kein Weg vorbei.“

Paul Hoff



IMPRESSUM

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie
und Psychotherapie, Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)

Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
Tel.: 030.2404 772-0
pressestelle@dgppn.de

Präsident
Prof. Dr. med. Arno Deister
(V.i.S.d.P.)

Registergericht:
VR 26854 B, Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg

Redaktion

Jürg Beutler, lic. phil. (Leitung)
Dipl.-Psych. Gabriel Gerlinger, M.A.
Isabelle Lork, M.A.

Redaktionelle Mitarbeit

Dr. phil. Dipl.-Psych. Paula Schicktz
Robert Zeidler, MPH

Auflage

11.000 Exemplare

Erscheinungsdatum

Juni 2017

Konzept und Gestaltung

wenkerottke.

Reinzeichnung

Robert Grund

Schlusskorrektur

Heide Frey

Druck

Buch- und Offsetdruckerei
H. HEENEMANN GmbH & Co. KG, Berlin

ABBILDUNGEN

S. 8–19, 27–33, 45–47, 56–59: Claudia Burger
S. 22: aus Ehrhardt H. E. (1972): 130 Jahre Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie
und Nervenheilkunde. Wiesbaden
S. 24: Bayerische Staatsbibliothek
S. 25: Atelier Hermann Maas, Frankfurt am Main
S. 39–43: Jiří Georg Dokoupil: Untitled, Seifenschäum und Pigment auf Leinwand
(VG Bild-Kunst)
S. 44: oberste Reihe, links: istock/oonal, rechts: istock/chengyuzheng; 2. Reihe, links:
istock/Olivier Blondeau, rechts: istock/chaiwatphotos; 3. Reihe, links: istock/3DStock,
mittig: photocase/zimt_stern, rechts: istock/catchlights_sg; unterste Reihe,
links: istock/dem10, mittig: istock/mphillips007, rechts: istock/mariapazmorales
S. 52: Nr. 9: Staatsbibliothek zu Berlin – Preußischer Kulturbesitz

**DGPPN**

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

Geschäftsstelle DGPPN e.V.
Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin

TEL 030.2404 772-0

FAX 030.2404 772-29

sekretariat@dgppn.de

dgppn.de



175jahredgppn.de